

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

MARS 2014

Transitions des soins



Déni de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenus d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, ni n'acceptent de responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement écrit de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario doit être obtenu. Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, comme indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014). *Transitions des soins*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Coordonnées

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : www.rnao.ca/bestpractices



Transitions des soins

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) vous présente la première édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires, *Transitions des soins*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent tous les jours. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, en commençant par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario de diriger ce programme et qui lui a fourni un financement sur plusieurs années. Nous remercions également les docteurs Irmajean Bajnok et Monique Lloyd, directrice et directrice adjointe (respectivement) du Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, pour leurs compétences et leur leadership. Je remercie également la présidente du groupe d'experts, Nancy Pearce (infirmière clinicienne spécialisée au Grand River Hospital de Kitchener, en Ontario), pour ses compétences et son intendance exquises de cette ligne directrice. Merci également à Brenda Dusek, Andrea Stubbs, Grace Suva, Sarah Xiao et Anastasia Harripaul de la RNAO, pour leur travail intensif consacré à la production de cette nouvelle ligne directrice. Un merci tout spécial aux membres du groupe d'experts de la RNAO qui ont généreusement fourni leur temps et leurs compétences, afin de nous permettre de produire une ressource clinique rigoureuse et robuste. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite un effort conjugué de la part des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs et des chercheurs. La communauté des infirmières et des professionnels de la santé, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins prodigués aux patients, partage ses connaissances et les heures innombrables de bénévolat qui sont essentielles à la création à la révision de chaque ligne directrice. Les employeurs ont réagi avec enthousiasme en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant les lignes directrices en pratique et en évaluant leur impact sur les patients et les établissements. Les gouvernements, ici comme à l'étranger, se sont joints à nous pour ce grand parcours. Ensemble, nous créons une culture de pratiques fondées sur les données probantes.

Nous vous demandons de partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions : nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possible, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

Doris Grinspun, inf.aut., M.Sc.Inf., Ph.D., LLD(Hon), O.ONT.
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Intention et champ d'activité	6	
Résumé des recommandations	8	
Interprétation des données probantes	11	
Groupe d'experts de la RNAO	12	
Équipe du programme de la RNAO sur l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.	14	
Remerciements aux intervenants	15	
Contexte	17	
Recommandations relatives à la pratique professionnelle	20	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	38	
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	41	
Lacunes relatives à la recherche et implications futures	46	
Stratégies de mise en œuvre	48	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice	49	
Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice	54	
Liste de références bibliographiques	55	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES	Annexe A : Glossaire de termes	66
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	69
	Annexe C : Processus utilisé pour l'examen systématique et la stratégie de recherche	70
	Annexe D : Exemple de cadre : « Timing it Right »	74
	Annexe E : Exemple : Structures organisationnelles pour soutenir les transitions des soins.	77
	Annexe F : Transitions des soins – Sites Web contenant des outils et des ressources	84
	Annexe G : Description de la Trousse	86

RECOMMANDATIONS	Agrément Canada	87
-----------------	---------------------------	----

Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers^{G*} est un document exhaustif, qui fournit des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur les données probantes^G; elle doit être considérée comme un outil ou un modèle permettant d'améliorer la prise de décisions lors des soins individualisés. Cette ligne directrice est conçue pour être consultée et mise en pratique conformément aux besoins des organisations ou des établissements^G individuels, ainsi qu'aux besoins et aux souhaits du client^G (*dans ce document, nous utilisons le terme « client » pour faire référence aux patients, aux personnes^G, aux résidents ou aux consommateurs; autrement dit, le client, sa famille et ses aidants, ses parents ou encore ses mandataires spéciaux^G dont s'occupe l'équipe pluridisciplinaire*). De plus, la ligne directrice contient une vue d'ensemble des structures et des soutiens appropriés qui permettent de fournir les meilleurs soins possible fondés sur les données probantes.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de politiques, de procédures, de protocoles, de programmes de formation et d'évaluations, d'interventions et d'outils de documentation. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations et des données probantes qui les appuient. Nous recommandons fortement que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien.

Si votre organisation adopte cette ligne directrice, nous vous recommandons de suivre ces étapes :

- a) Évaluez vos pratiques de soins infirmiers et de soins de santé en vous fondant sur les recommandations de la ligne directrice;
- b) Identifiez les recommandations qui vous permettront de répondre à des besoins ou de combler des lacunes dans les services;
- c) Élaborez un plan de mise en œuvre des recommandations (des ressources pour la mise en œuvre, y compris la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012b) sont disponibles sur notre site Web à l'adresse www.RNAO.ca).

Nous souhaitons connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience.

*Dans ce document, les mots suivis du symbole G (^G) sont définis dans le glossaire des termes ([annexe A](#)).



Intention et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon systématique afin de venir en aide aux infirmières et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). Cette ligne directrice fournit des recommandations fondées sur les données probantes aux infirmières et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire^G qui assurent l'évaluation et la prise en charge des clients pendant une transition des soins^G.

En décembre 2011, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a convoqué des groupes de discussion auxquels ont participé 45 experts qui se spécialisent en évaluation et en prise en charge des transitions des soins prodigués aux clients. Leur tâche consistait à établir l'orientation d'une ligne directrice sur les transitions des soins. Les groupes de discussion étaient pluridisciplinaires, composés de personnes qui occupaient des postes cliniques, administratifs et universitaires au sein de différentes organisations de soins de santé et d'amélioration de la qualité. Ces personnes travaillent avec des clients de tous âges, qui bénéficient de différents types de soins – soins actifs, soins de longue durée et à domicile, santé mentale et toxicomanie, réadaptation et services communautaires, comme les centres de santé publique et d'accès aux soins communautaires. Des représentants d'Agrément Canada, de ProfessionsSantéOntario, de Qualité des services de santé Ontario, du Réseau Télémédecine Ontario et des réseaux locaux d'intégration des services de santé ont également participé aux groupes de discussion.

Les participants aux groupes de discussion ont décrit les transitions comme étant non linéaires et comme devant tenir compte des droits des clients. Les transitions des soins peuvent se dérouler au sein d'un établissement (internes) ou entre établissements (externes). Pour favoriser la continuité des soins et pour être sûres et efficaces, les transitions nécessitent des processus normalisés, surtout pour la communication et la circulation de l'information (écrite ou verbale), et particulièrement en ce qui concerne le bilan comparatif des médicaments. Le groupe nous a recommandé que la ligne directrice sur les transitions des soins soit axée sur le développement des compétences et des concepts fondamentaux qui favorisent les transitions sûres et efficaces, à savoir celles qui maintiennent la continuité des soins et qui favorisent les résultats optimaux pour le client. Selon eux, ces compétences et ces concepts doivent s'appliquer que les transitions aient lieu au sein d'un même établissement, pour un même prestataire ou service de soins de santé, ou entre établissements, prestataires ou services.

Le groupe d'experts choisi pour élaborer cette ligne directrice a examiné une vaste gamme de définitions des transitions des soins. Cet examen leur a permis de déterminer que les transitions des soins requièrent des plans exhaustifs qui incluent tant les arrangements logistiques nécessaires pour passer d'un établissement à l'autre, que les soins requis lors du transfert du client. Les transitions des soins sont coordonnées par les prestataires de soins de santé bien renseignés qui connaissent l'état clinique du client, les objectifs relatifs à ses soins de santé, ainsi que la formation dont ont besoin le client, sa famille et ses aidants (Coleman et Boulton, 2003; National Transitions of Care Coalition [NTOCC] Measures Work Group, 2008; Snow et al., 2009). En raison des différents types de transitions et des activités variées requises par chaque type, le groupe d'experts a préparé sa propre définition, que nous utilisons dans cette ligne directrice pour décrire tous les aspects des transitions des soins :

Transitions des soins : une série d'actions conçues pour assurer la sécurité et l'efficacité de la coordination et de la continuité des soins lorsque l'état de santé du client change ou que le client a des besoins différents en matière de soins, de prestataires de soins de santé ou de lieu (à l'intérieur d'un même établissement ou entre établissements).

Le groupe d'experts a appuyé la recommandation faite par le groupe de discussion, c'est-à-dire que la ligne directrice soit axée sur l'acquisition des compétences et des concepts fondamentaux qui facilitent la sécurité et l'efficacité des transitions des soins. Il est toutefois important de reconnaître que les préférences personnelles et les besoins uniques des clients, ainsi que les ressources disponibles, doivent toujours être pris en considération lors de la prestation des soins. Ce document est conçu pour aider les infirmières et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire à mettre l'accent sur les stratégies fondées sur les données probantes dans le contexte de la relation entre le prestataire de soins et le client. De plus, les compétences individuelles des infirmières varient d'une personne à l'autre et en fonction des catégories d'infirmières.

Les infirmières ne devraient dispenser que les soins pour lesquels elles possèdent la formation et l'expérience nécessaires. Chaque infirmière devrait demander conseil lorsque les besoins en matière de soins d'une personne dépassent ses capacités à agir de manière autonome (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIIO], 2011). Parmi les autres facteurs qui affecteront l'utilisation de cette ligne directrice, on peut citer les politiques et les procédures de chaque organisation, les dispositions législatives, les différents secteurs de soins de santé et la clientèle. Cette nouvelle ligne directrice est conçue pour tous les domaines de la pratique des soins infirmiers, y compris le volet clinique, l'administration et l'éducation, dans le but d'aider les infirmières à se sentir plus à l'aise, plus confiantes et plus compétentes lorsqu'elles prodiguent des soins à des clients pendant une transition des soins.

Il est important que les infirmières, lorsqu'elles collaborent avec leur équipe pluridisciplinaire, connaissent les clients, leur famille et leurs aidants et travaillent avec eux pour encourager les transitions de soins sûres et efficaces. L'efficacité des transitions des soins dépend de soins pluridisciplinaires^G coordonnés qui mettent l'accent sur une communication continue entre les professionnels et les clients.

La liste de références bibliographiques et les annexes (qui comprennent un glossaire, une description de l'élaboration de la ligne directrice et des renseignements sur notre recherche dans les ouvrages) sont disponibles après la ligne directrice elle-même. Voir l'**annexe A** pour obtenir un glossaire de termes. Voir les **annexes B et C** pour obtenir le processus d'élaboration de la ligne directrice et le processus utilisé pour l'examen systématique^G et la recherche de la documentation.



Photo courtoisie de Toronto Rehab – Réseau universitaire de santé

Résumé des recommandations

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ⁶		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Évaluer les besoins actuels et changeants en matière de soins du client lors de son admission, régulièrement pendant un épisode de soins, en réponse à un changement de l'état de santé ou des besoins en matière de soins, lors du changement de quart de travail et avant la sortie de l'hôpital.</p>	Ia
	<p>Recommandation 1.2 :</p> <p>Obtenir le « meilleur schéma thérapeutique possible » aux points de transition des soins en ayant recours à un processus structuré et systématique pour recueillir les renseignements sur les médicaments pris par le client, y compris la dose, la fréquence et la voie d'administration.</p>	IIb
	<p>Recommandation 1.3 :</p> <p>Évaluer l'état de préparation physique et psychologique du client à une transition des soins.</p>	III
	<p>Recommandation 1.4 :</p> <p>Avant, pendant et après une transition, évaluer le client, sa famille et ses aidants en fonction de facteurs qui affectent la capacité à apprendre des stratégies d'autoadministration des soins.</p>	III
	<p>Recommandation 1.5 :</p> <p>Avant, pendant et après une transition, évaluer l'apprentissage et les besoins en information du client, de sa famille et de ses aidants qui sont nécessaires pour l'autoadministration des soins.</p>	III
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Collaborer avec le client, sa famille et ses aidants, ainsi qu'avec l'équipe pluridisciplinaire, pour élaborer un plan de transition qui prend en charge les besoins uniques du client, tout en favorisant la sécurité et la continuité des soins.</p>	Ia
	<p>Recommandation 2.2 :</p> <p>Recourir à une communication efficace pour échanger les renseignements sur le client parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire pendant la planification de la transition des soins.</p>	III

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ^G		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Renseigner le client, sa famille et ses aidants concernant les transitions des soins pendant les soins routiniers, en adaptant les renseignements fournis à leurs besoins et au stade de soins requis.</p>	III
	<p>Recommandation 3.2 :</p> <p>Recourir à des outils de documentation et des stratégies de communication normalisés pour un échange clair et opportun des renseignements sur le client aux points de transition des soins.</p>	IIb
	<p>Recommandation 3.3 :</p> <p>Obtenir des renseignements exacts et complets sur les médicaments pris par le client aux points de transition des soins.</p>	IV
	<p>Recommandation 3.4 :</p> <p>Expliquer au client les stratégies d'autogestion afin de les encourager à être confiants de leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes lors des transitions des soins.</p>	IIb

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ^G		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Avant, pendant et après une transition, évaluer l'efficacité de la planification de la transition pour le client, sa famille et ses aidants.</p>	IV
	<p>Recommandation 4.2 :</p> <p>Évaluer l'efficacité de la planification de la transition sur la continuité des soins.</p>	Ia
	<p>Recommandation 4.3 :</p> <p>Évaluer l'efficacité de la communication et de l'échange d'information entre le client, sa famille et ses aidants et l'équipe de soins de santé pendant les transitions des soins.</p>	IV

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION ⁶		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1 :</p> <p>Les professionnels de la santé prennent part à des activités de formation continue pour améliorer les connaissances et les compétences spécifiques dont ils ont besoin pour assurer une coordination efficace des transitions des soins.</p>	Ia-IV
	<p>Recommandation 5.2 :</p> <p>Les établissements et les programmes d'enseignement incorporent la ligne directrice <i>Transitions des soins</i> dans les curriculums de base et pluridisciplinaires, afin que tous les professionnels de la santé bénéficient des connaissances et des compétences fondées sur les données probantes dont ils ont besoin pour l'évaluation et la prise en charge des transitions des soins pour les clients.</p>	IV

RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX RÈGLEMENTS ⁶		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
6.0 Établissement et politiques	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Établir les transitions des soins en tant que priorité stratégique dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux clients.</p>	III
	<p>Recommandation 6.2 :</p> <p>Fournir suffisamment de ressources humaines, matérielles et budgétaires et adopter des structures à l'échelle de l'organisation nécessaires pour appuyer l'équipe pluridisciplinaire lors des transitions des soins prodigués aux clients.</p>	III
	<p>Recommandation 6.3 :</p> <p>Élaborer des politiques normalisées et des processus structurés à l'ensemble de l'organisation relativement à l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p>	III
	<p>Recommandation 6.4 :</p> <p>Établir des systèmes à l'échelle de l'organisation pour la transmission des renseignements relatifs aux clients pendant les transitions des soins afin de satisfaire à toutes les exigences en matière de confidentialité, de sécurité et de réglementation prescrite par la loi.</p>	IV
	<p>Recommandation 6.5 :</p> <p>Inclure la transition des soins dans la mesure du rendement de l'établissement afin de soutenir les initiatives d'amélioration de la qualité des résultats pour les clients et du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.</p>	III

Interprétation des données probantes

Niveaux des données probantes

Ia	Données probantes provenant d'une méta-analyse ou d'un examen systématique ^G d'essais contrôlés randomisés ^G .
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai comparatif randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions de comités d'experts ou de l'expérience clinique d'autorités respectées.

Adapté de « Sign grading system 1999-2012 », du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012, in *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*. Disponible à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>



Groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Nancy Pearce, inf.aut., Ph.D.

Présidente du groupe d'experts

Infirmière clinicienne spécialisée
Grand River Hospital
Kitchener (Ontario)

Nancy Boaro, B.Sc.inf., M.inf., CNN(C), CRN(C)

Gestionnaire, pratique professionnelle des soins infirmiers
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Gwen Brown, inf.aut., B.A., B.Ed., M.A.

Coordonnatrice régionale des soins
communautaires et de longue durée
Stroke Network of Southeastern Ontario
Kingston General Hospital
Kingston (Ontario)

Heather Campbell, inf.aut., B.inf., MS

Directrice, pratique et éducation en soins infirmiers
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Susan Cymbaluk, inf.aut.

Directrice des activités cliniques
OMNI Health Care
Peterborough (Ontario)

Julie Desmarais, inf.aut., B.Sc.S.(inf.)

Directrice clinique/Administratrice de site
Sydenham Campus Medicine and
Complex Continuing Care Units
Chatham Kent Health Alliance
Chatham (Ontario)

Danielle Dorschner, inf.aut., M.Sc.inf.

Directrice, services nationaux à la clientèle
Agrément Canada
Ottawa (Ontario)

Tamara Dus, inf.aut., M.inf.

Directrice des services relatifs au cancer
Durham Regional Cancer Centre
Oshawa (Ontario)

David Fry, B.Sc.(ergothérapie), M.Sc.S.

Directeur des services à la clientèle
Association des centres d'accès aux
soins communautaires de l'Ontario
Toronto (Ontario)

**Margaret Gehrs, inf.aut., B.Sc.(HK), B.Sc.inf., M.Sc.
inf., CPMHN(C)**

Directrice, pratique pluridisciplinaire
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Cindy Hollister, inf.aut., B.Sc.S.(inf.), CPHIMS-CA

Chef clinique, adoption clinique
Canada Health Infoway
Toronto (Ontario)

Pam Hubley, inf.aut., M.Sc.

Chef, pratique professionnelle et soins infirmiers
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Andrea Lauzon, NP-PHC, CPMHN(C)

Infirmière praticienne, LIFEsplan
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
Toronto (Ontario)

Dianne Leclair, inf.aut.

Coordonnatrice des soins
CASC HNHB Niagara
Port Colborne (Ontario)

Margaret Billward, inf.aut., M.inf.

Spécialiste, développement des capacités
et plans d'amélioration de la qualité
Qualité des services de santé Ontario
Toronto (Ontario)

Groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ...suite

Margot Mitchell, MSW, RSW

Travailleuse sociale
Réseau universitaire de santé
Toronto General Hospital
Toronto (Ontario)

Connie Stamp, inf.aut., CRN(C), ONC(C), CHPCN(C)

Directrice des soins aux patients, soins de soutien
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Kim Stelmacovich, M.Sc.S., B.Sc. (ergothérapie)

Directrice régionale principale (Ontario)
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)
Toronto (Ontario)

Anne Stephens, inf.aut., B.Sc.inf., M.Ed., GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Centre-Toronto,
Centre d'accès aux soins communautaires
Toronto (Ontario)

Gina Tomaszewski, inf.aut., M.Sc.inf.

Coordonnatrice régionale des soins actifs relatifs aux AVC
South Western Ontario Stroke Network
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Stephanie Vandevenne, inf.aut., COHN

Gestionnaire des soins et des services – Programmes de soins infirmiers cliniques, d'ergothérapie et de douleur chronique – ESC
Infirmières de l'Ordre de Victoria
Sombra (Ontario)

Stephanie van Rooy, infirmière praticienne – adultes, maîtrise en soins infirmiers

Infirmière praticienne
Réseau universitaire de santé
Toronto Western Hospital
Équipe de santé familiale
Toronto (Ontario)

Des déclarations de conflit d'intérêt et de confidentialité ont été faites par tous les membres du groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Équipe du programme d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Brenda Dusek, inf.aut., B.N., M.N.

Chef de l'élaboration de la ligne directrice

Directrice de programmes

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Anastasia Harripaul, inf.aut., M.Sc.(A)

Adjointe de recherche en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Monique Lloyd, inf.aut., Ph.D.

Directrice adjointe, Élaboration de la ligne directrice, Recherche et évaluation

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Andrea Stubbs, B.A.

Coordonnatrice de projet

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Grace Suva, inf.aut., M.inf.

Directrice de programmes

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Rita Wilson, inf.aut., M. Ed., maîtrise en soins infirmiers

Directrice de programmes de cybersanté

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Sarah Xiao, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.

Directrice de programmes de recherche et d'évaluation

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Remerciements aux intervenants

Des intervenants^G issus de diverses disciplines ont été interrogés. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Palese Alvisa, MNS, BNS, inf.aut.

Professeure agrégée
Université d'Udine
Udine, Italie

Allyson Booth, sage-femme autorisée, B.Sc.S.

Analyse en politiques et en risques
Association des sages-femmes de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Pam Brown, inf.aut.

Consultante en soins de longue durée
Extendicare Canada Inc
Ottawa (Ontario)

Debbie Bruder, B.A., inf.aut., M.H.S.

Spécialiste en informatique clinique
Grand River Hospital
Kitchener (Ontario)

Maggie Bruneau, inf.aut., B.Sc.inf., MHSCHA, CHE

ED Partnerships CNE
Providence Healthcare
Toronto (Ontario)

Christopher Calara, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Coordonnateur hospitalier
Sunnybrook Orthopaedic and Arthritic Centre
Toronto (Ontario)

Angela Chan, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en soins infirmiers, GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée – GEM
Mackenzie Health Richmond Hill Hospital
Richmond Hill (Ontario)

Sheila Coutts, inf.aut., B.inf., CRN(C)

Infirmière clinicienne orthopédique
IWK Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Geraldine Cullen-Dean, inf.aut., M.inf.

Infirmière clinicienne spécialisée
Programme de transition Good 2 Go
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Tiffany Dadula-Jardi, inf.aut., B.Sc.inf., CDE

Infirmière enseignante communautaire
Centres de santé communautaire de Centre-Toronto
Toronto (Ontario)

Sarah Ferguson-McLaren, inf.aut.

Directrice de l'exploitation
OMNI Health Care
Peterborough (Ontario)

Ayelit Gabler, B.Sc.inf., inf.aut.

St Michaels Hospital – Cardiologie
Toronto (Ontario)

Linda Gandy, B.A., inf.aut., B.Sc.inf., CNCC(C)

Éducatrice clinique
St. Josephs Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Paula Gilmore, M.Sc., B.Sc. (ergothérapie), OT Reg. (Ont.)

Directrice régionale de programmes
Southwestern Ontario Stroke Network
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Gabrielle Golea, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en soins infirmiers, CPMHN(C)

Directrice, pratique pluridisciplinaire
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Esther Green, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.(T)

Chef provinciale, Nursing and Psychosocial Oncology Pathway Chair
Action Cancer Ontario
Toronto (Ontario)

Beverly Guttman, MSW, RSW

Coordonnatrice de projet principale
Provincial Council for Maternal and Child Health
Toronto (Ontario)

Lianne Hogan, B.Sc.inf., inf.aut.

Sunnybrook Health Sciences Center
Thornhill (Ontario)

Terri Irwin, inf.aut., M.inf.

Chef de pratique professionnelle, soins infirmiers
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Stacy Jewett, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en soins infirmiers

Infirmière soignante – PACU
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto (Ontario)

Madeline John-Baptis, inf.aut., BSCN, MBA(c), ENC(c)

Chef de pratique professionnelle
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Patricia Kahle, maîtrise en soins infirmiers, B.Sc. inf., B.A., inf.aut.

Gestionnaire de services
West Park Healthcare Centre
Toronto (Ontario)

Joanne Maxwell, M.Sc., B.Sc. (ergothérapie), PMP(c)

Coordonnatrice de projet, pratique collaborative
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
et Toronto Rehabilitation Institute – Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)

Estrella C. Mercurio, BSN, M.A., inf.aut., GNC(c) CAET(c)

Directrice des soins et des services
ParaMed Home Health Care
Toronto (Ontario)

Mary Muhic, inf.aut., B.Sc.inf.

ENC et coordonnatrice de la charge de travail clinique
West Park Healthcare Centre
Toronto (Ontario)

Cheryl-Ann Nicholas, inf.aut., B.Sc.inf., M.Ed.

Coordonnatrice des soins
Centre d'accès aux soins communautaires de Centre-Toronto
Oshawa (Ontario)

Betty Oldershaw, inf.aut., B.Sc.inf.

Pratique professionnelle – entreprises
Chatham Kent Health Alliance
Chatham (Ontario)

Jane Palmer, inf.aut., CDE

Éducatrice en diabète
Centre de santé communautaire de Country Roads
Portland (Ontario)

Lacey Phillips, recherche en services de santé

Directrice par intérim, développement de programmes
Agrément Canada
Ottawa (Ontario)

Haytham Sharar, inf.aut.(EC)

Infirmière praticienne – Adultes
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Norm Umali

Pharmacien
Centre d'accès aux soins communautaires de Centre-Toronto
Toronto (Ontario)

Henrietta Van hulle, B.inf., COHN(c), CRSP, CDMP

Directrice principale (par intérim), chef des soins de santé
Public Services Health & Safety Association
Toronto (Ontario)

Marlene Wandel, inf.aut., B.Sc., B.Sc.(inf.)

Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay (Ontario)

Natalie Warner, inf.aut., M.inf.

Coordonnatrice, initiative de pratiques exemplaires pour les soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Peterborough (Ontario)

Contexte

La *Loi sur l'excellence des soins pour tous* (ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD], 2010) a été introduite en Ontario, au Canada, dans le but d'améliorer la qualité⁶ des soins et les expériences des clients dans le système de santé. La Loi stipule le recours à des soins fondés sur les données probantes et met un accent particulier sur les transitions des soins sûres et efficaces.

Le National Transitions of Care Coalition a mis sur pied un groupe de travail sur les mesures, qui a déterminé que les transitions de soins étaient une sous-catégorie non linéaire de la coordination des soins (NTOCC Measures Work Group, 2008). Les transitions des soins se produisent dans tous les établissements, que ce soit au sein d'une unité, entre départements ou d'une organisation ou un service à un autre (par exemple, des soins primaires aux soins spécialisés), ou d'un état de santé à l'autre (de vivre à la maison à vivre dans des logements avec assistance), ou encore entre prestataires de soins de santé (par exemple, les transferts des soins lors des changements de quarts de travail, d'un hospitaliste à un praticien de soins primaires) (Agrément Canada, 2013, 2014).

Dans un rapport sur la qualité des soins, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a affirmé que la coordination des soins était essentielle pour améliorer la qualité et l'efficacité, ainsi que pour optimiser les résultats sur la santé (McDonald et al., 2007). Le rapport a cerné cinq éléments communs requis pour une coordination efficace des soins :

1. La mobilisation de plusieurs participants (l'établissement source et l'établissement destinataire, les prestataires de soins de santé, les clients, leurs familles et leurs aidants, les médecins de premier recours ou les spécialistes);
2. L'interdépendance des participants relativement aux différentes activités à effectuer en matière de coordination des soins;
3. La connaissance qu'ont les participants des rôles et des responsabilités relatifs aux processus de coordination des soins, ainsi que les ressources disponibles;
4. L'échange d'information visant à gérer les activités requises pour prodiguer des soins au client;
5. La facilitation de la prestation appropriée de services de santé en tant qu'objectif commun.

Selon le rapport *Améliorer le continuum des soins* (2010) du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, l'amélioration des transitions des soins nécessite des partenariats stratégiques et cliniques et une collaboration qui transcendent les limites des organisations et des systèmes. Le rapport indique qu'un accent mis sur les six éléments suivants permettrait des transitions plus efficaces :

- Éducation des clients et des aidants;
- Prise en charge du client à domicile;
- Planification des congés;
- Meilleure communication entre les cliniciens et les clients, et entre établissements;
- Bilan comparatif des médicaments;
- Soins primaires : suivi dans la communauté.

Selon notre groupe d'experts, les concepts suivants constituent la fondation de **points de transition des soins** sûrs et efficaces :

- Soins axés sur les besoins du client;
- Relations thérapeutiques⁶;
- Communication efficace;
- Prise de décisions éclairées;
- Principes éthiques;
- Confidentialité et protection des renseignements personnels sur la santé.
- Collaboration pluridisciplinaire;
- Direction;
- Intégration des systèmes;
- Amélioration continue de la qualité.

Les membres du groupe d'experts ont identifié les documents, les lignes directrices, les normes de pratique, les lois (nationales et internationales) et les organisations suivants qui appuient ces concepts :

Lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario :

Client Centred Care (2006a);

Developing and Sustaining Interprofessional Health Care : Optimizing Patient, Organizational, and Systems Outcomes (2013a);

Developing and Sustaining Nursing Leadership (2013b);

Establishing Therapeutic Relationships (2006b);

Supporting and Strengthening Families through Expected and Unexpected Life Events (2006c).

Facilitating Client Centred Learning (2012a);

Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions (2010b).

Normes et lignes directrices sur la pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) :

Confidentiality and Privacy – Personal Health Information (2009a);

Consent (2013a);

Ethics (2009b);

Therapeutic Nurse-Client Relationship (2013b).

Agrément Canada :

Safety in Canadian Health Care Organizations: A Focus on Transitions in Care and Required Organizational Practices (2013a).

Institute for Healthcare Improvement – How to Guides Improving Transitions to Reduce Avoidable Rehospitalizations Series from:

Hospital to: the Clinical Office Practice (2013); Skilled Nursing Facilities (2013); Home Health Care (2013).

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments :

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada : Medication Reconciliation (2012).

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! :

Medication Reconciliation Getting Started Kits (Acute Care, 2011a, Home Care, 2011b, Long Term Care, 2012).

Organisation mondiale de la Santé :

High 5s Project (2006).

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario :

Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous.

Notre groupe d'experts a reconnu que certains établissements ne disposent pas des ressources nécessaires pour faire tout ce qui est indiqué dans les données probantes pour les transitions de soins complexes. Par conséquent, la présente ligne directrice propose des recommandations relatives aux soins fondés sur les données probantes, que les infirmières et les autres professionnels de la santé peuvent utiliser selon ce qui est approprié pour leurs clients. Les équipes de santé pluridisciplinaires devraient travailler en étroite collaboration avec les clients pour coordonner les soins et minimiser les risques avant, pendant et après une transition (American Medical Directors Association [AMDA], 2010; Coleman et Boulton, 2003). Les infirmières peuvent avoir une influence positive sur les transitions des soins prodigués aux clients en favorisant des équipes de santé pluridisciplinaires qui suivent ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires et en y prenant part.



Recommandations relatives à la pratique professionnelle

1.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 1.1 :

Évaluer les besoins actuels et changeants en matière de soins du client lors de son admission, régulièrement pendant un épisode de soins, en réponse à un changement de l'état de santé ou des besoins en matière de soins, lors du changement de quart de travail et avant la sortie de l'hôpital.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Les exigences actuelles et changeantes d'un client en matière de soins devraient être évaluées lors de l'admission et réévaluées régulièrement pendant tout l'épisode de soins, afin de s'assurer qu'il est prêt pour une transition des soins (Agrément Canada, 2014; Foust, 2007; Joint Commission, 2010; Laugaland, Aase, et Barach, 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2010). Des examens systématiques d'essais contrôlés randomisés ont indiqué que les processus de planification des transitions adaptés aux besoins évalués en matière de soins d'une personne avant, pendant et après une transition des soins sont plus efficaces pour la préparation du client et la réduction de la durée des séjours et des taux de réadmission (Richards et Coast, 2003; Sheppard et al., 2010).

L'évaluation des besoins du client devrait commencer tôt, quel que soit l'établissement de soins de santé (soins actifs, de longue durée ou à domicile, ou service communautaire) (Herndon, Bones, Bradke, et Rutherford, 2013; Laugaland et al., 2012; Schall, Coleman, Rutherford, et Taylor, 2013; Sevin et al., 2013; SIGN, 2010). Il s'agit d'un processus continu, qui est particulièrement important aux moments suivants :

- À l'admission et avant le congé de l'hôpital;
- Lors d'un changement de l'état de santé, du problème clinique ou des circonstances (par exemple, un nouveau diagnostic ou des développements relatifs aux besoins du client en matière de soins);
- Lors de changements aux besoins en matière de soins (par exemple, préoccupations liées à la sécurité ou à un risque accru de mal, p. ex., risque d'utilisation de dispositifs de retenue, de chutes);
- Lors d'un changement de quart de travail.

(Agrément Canada, 2013, 2014; AMDA, 2010; Joint Commission, 2010; Laugaland et al., 2012).

L'absence d'une évaluation complète du client lors de l'admission pour cerner ses besoins en matière de soin peut entraîner une réadmission, particulièrement lorsque les plans de transition ne tiennent pas compte des résultats de ces évaluations (Herndon et al., 2013; Richards et Coast, 2003; Schall et al., 2013; Sevin et al., 2013). La communication continue, les discussions et l'évaluation des besoins actuels et changeants du client, ainsi que les interventions relatives au plan de transition, devraient se dérouler tous les jours parmi les membres de l'équipe de santé et avec le client, afin d'assurer une prestation de soins adéquats lors de la transition.

RECOMMANDATION 1.2 :

Obtenir le « meilleur schéma thérapeutique possible » aux points de transition des soins en ayant recours à un processus structuré et systématique pour recueillir les renseignements sur les médicaments pris par le client, y compris la dose, la fréquence et la voie d'administration.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

Des examens systématiques de la documentation indiquent que la communication et la collaboration entre l'équipe pluridisciplinaire, le client, sa famille et ses aidants sont essentielles à l'obtention d'une liste exacte et complète des médicaments pris par le client, ainsi que pour soutenir des transitions des soins sûres et efficaces (Agrément Canada, 2013, 2014; Laugaland et al., 2012; LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead, et Hanson, 2010; Terrell et Miller, 2007). Agrément Canada (2014, p. 18) établit qu'un bilan comparatif des médicaments est essentiel pour assurer le caractère optimal de la prise en charge des médicaments et de la sécurité des clients à ce qu'ils appellent les « points de transition des soins », ce qui comprend toutes les transitions de soins dans lesquelles les clients présentent le risque le plus élevé de subir des réactions indésirables aux médicaments (par exemple, au début ou à la fin d'un service, lors d'un transfert d'un endroit à l'autre au sein du même établissement ou lors d'un transfert vers un autre environnement de prestation de services).

Un processus structuré et systématique est requis pour interviewer le client, sa famille et ses aidants afin d'établir un bilan comparatif des clients au point de transition des soins et réduire le risque d'erreurs liées aux médicaments dans l'éventualité où des médicaments ou des suppléments pris par le client sont omis ou prescrits en double, ou que des médicaments incorrects soient commandés ou contre-indiqués lors de nouveaux traitements. L'objectif consiste à assurer le transfert et la documentation exacts et complets des renseignements sur les médicaments; il commence par l'obtention du « meilleur schéma thérapeutique possible » pour chaque client au point de transition des soins (Agrément Canada, 2014; Chhabra et al., 2012; ISMP Canada, 2012; LaMantia et al., 2010; Safer Healthcare Now [SHN], 2011a, 2011b, 2012).

Les infirmières et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire jouent un rôle essentiel pour dresser le bilan comparatif des médicaments au point de transition des soins, en obtenant le « meilleur schéma thérapeutique possible ». Il est important de recourir à un processus systématique qui commence par une entrevue des clients, de leur famille ou de leurs aidants, ainsi que d'au moins une autre source d'information (par exemple, le médecin de premier recours ou le pharmacien) pour dresser une liste détaillée, y compris la dose, la fréquence et la voie d'administration, pour tous les médicaments suivants :

- Les médicaments sur ordonnance;
- Les médicaments en vente libre;
- Les vitamines et les suppléments;
- Les traitements de rechange ou complémentaires, tels que les remèdes traditionnels, holistiques ou à base de plantes médicinales.

Chhabra et al. (2012) cernent ces obstacles à l'obtention de renseignements sur les médicaments :

- Le client ne possède pas suffisamment de connaissances sur ses médicaments;
- Il n'existe aucune liste de médicaments avant l'admission;
- Les dossiers de santé communautaire ne sont pas accessibles.

Des processus et des outils normalisés (par exemple, des modèles) devraient être mis à disposition à l'intérieur des établissements pour faciliter une communication efficace entre les prestataires de soins de santé (tels que les fournisseurs de soins primaires, les infirmières et les pharmaciens) et les clients, leur famille et leurs aidants, dans le but de recueillir et de documenter les renseignements sur les médicaments aux points de transition des soins.

La collecte de renseignements sur les médicaments est continue et les renseignements recueillis sont alors comparés et utilisés pour dresser une liste complète et exacte de médicaments, qui sera utilisée par tous les prestataires de soins de santé pendant toutes les transitions des soins.

RECOMMANDATION 1.3 :

Évaluer l'état de préparation physique et psychologique du client à une transition des soins.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

La préparation d'un client pour une transition des soins doit inclure une évaluation de leur préparation au changement, tant physique que psychologique, ainsi que ses propres perceptions de sa capacité à faire face à la transition. L'infirmière devrait observer, poser des questions et écouter l'information fournie relative aux indicateurs de la préparation au changement, y compris :

- Les signes physiques : mobilité, douleur, niveau d'énergie, appétit et difficultés à dormir, à avaler ou à manger;
- Les signes psychologiques : angoisse, peur, troubles du sommeil, hallucinations, amnésie, dépression et stress post-traumatique;
- Les signes cognitifs : troubles ou déficits de la mémoire, jugement ou fonctionnement exécutif affaibli;
- Les buts : objectifs en matière de santé ou de rétablissement, liés au niveau d'autonomie;
- Les connaissances : compétences requises pour prendre en charge sa propre santé (par exemple, connaissance des médicaments et des effets secondaires);
- L'environnement : la personne peut-elle se débrouiller en toute sécurité après la transition.

(AMDA, 2010; Joint Commission, 2010; SIGN, 2010).

Les clients ont besoin du soutien de leur famille ou de leurs aidants pendant les transitions des soins. Le client, sa famille et ses aidants vivent ensemble la transition des soins (Ellis, 2010). L'angoisse et le stress peuvent affecter le client et la capacité de sa famille et de ses aidants à absorber l'information. Tout le monde (y compris les prestataires de soins de santé, les établissements et les services communautaires) a un rôle à jouer pour les soutenir lors d'une transition. Sneath (2009) a examiné des études faites sur les perceptions qu'ont les patients de leur préparation au congé de l'hôpital de leurs bébés; il a constaté que les parents avaient beaucoup de questions qui n'avaient pas reçu de réponse et qu'ils ne sentaient pas prêts pour le congé. Les prestataires de soins de santé devraient encourager les clients et leurs familles à parler de leurs perceptions de leur capacité à prendre en charge une transition des soins. Ellis (2010) a proposé que les prestataires de soins de santé aient recours au cadre théorique présenté dans le tableau 1 pour comprendre les stades psychologiques que peuvent vivre les individus pendant leur adaptation à une transition. Toutefois, les clients et les membres de leur famille ou leurs aidants ne vivent pas nécessairement chaque stade et ne les traversent pas nécessairement dans l'ordre.

Tableau 1. Processus de transition de Fisher

STADES	
Anxiété	La personne est incertaine concernant son avenir et a l'impression de manquer de contrôle.
Bonheur	La personne se sent soulagée à l'idée qu'il y aura un changement et se sent optimiste à l'idée qu'il y aura peut-être une amélioration générale. La personne ressent également de la satisfaction, car elle sait que ses idées précédentes étaient vraies dans une certaine mesure. Fisher décrit ainsi cette phrase pour le client : « Dieu merci, quelque chose a fini par se produire ». L'un des dangers de cette phase est le fait que le client pourrait avoir l'impression qu'il y a encore quelque chose de bon à tirer du changement.
Crainte	En raison du changement imminent dans sa vie, la personne se comportera différemment, ce qui affectera non seulement la façon dont elle se voit elle-même, mais également la façon dont les autres la voient.
Menace	En raison du changement imminent des habitudes de vie, la personne se sent incertaine quant à la façon de se comporter dans le « nouvel » environnement, où les anciennes règles ne s'appliquent plus et de nouvelles règles seront établies.
Culpabilité	Une réévaluation de soi se produit, avec un examen de ses convictions fondamentales. La culpabilité peut en découler, lorsque la personne constate que ses actions précédentes étaient inappropriées.

STADES	
Dépression	Manque de motivation et confusion. La personne ressent de l'incertitude concernant son avenir et sa place. Perte d'identité.
Désenchantement	La conscience du fait que les valeurs, les buts et les convictions de la personne sont incompatibles avec ceux d'autrui. La personne devient désintéressée et perd toute motivation.
Hostilité	La personne continue à recourir à des processus qui échouent constamment et qui ne génèrent pas de résultats positifs.
Déni	Manque d'acceptation de tout changement. La personne se comporte comme si aucun changement ne s'était produit et fonctionne selon l'ancienne façon de penser.

Tiré de « Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences », de J. M. Ellis, 2010, *Journal of Advanced Nursing*, 66, p. 1159. Copyright 2010 L'auteur. Journal compilation © 2010 Blackwell Publishing Ltd. Adapté avec permission.

La préparation psychologique et la préparation physique revêtent une importance égale pour assurer une transition des soins réussie (Bench et Day, 2010; Ellis, 2010; Joint Commission, 2010). La mobilisation des clients et de leur famille ou aidants pendant les rondes quotidiennes et les conférences sur les soins est importante, car cela aide à les préparer pour la transition des soins, à développer la confiance et à définir les attentes. Cela permet également l'évaluation continue de leur préparation physique et psychologique (Bench et Day, 2010; Coleman et Boulton, 2003; Herndon et al., 2013; Schall et al., 2013; Sevin et al., 2013). L'évaluation de la préparation psychologique du client et de sa famille ou ses aidants doit être intégrée à la planification afin d'aider à l'adaptation avant, pendant et après une transition des soins – par exemple, pour adapter les efforts d'éducation en fonction des craintes, des préoccupations et des questions (Ellis, 2010; SIGN, 2010). Le moment de la transition des soins doit être fondé sur la connaissance qu'à l'équipe de santé de la préparation physique et psychologique de tout un chacun.

RECOMMANDATION 1.4 :

Avant, pendant et après une transition, évaluer le client, sa famille et ses aidants en fonction de facteurs qui affectent la capacité à apprendre des stratégies d'autoadministration des soins.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

De nombreux clients devront prendre en charge une partie de leurs soins de santé, voire la totalité, après une transition. L'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires permet d'augmenter leur autosuffisance. Les infirmières devraient évaluer si un client est psychologiquement prêt à apprendre ce qu'il doit savoir pour s'occuper de lui-même (RNAO, 2012a). La capacité d'apprendre est fondée sur la volonté de la personne à désapprendre des connaissances antérieures, à construire activement de nouvelles connaissances et à poser les gestes qui améliorent leur état de santé avec le temps (RNAO, 2012a).

Les infirmières de l'équipe pluridisciplinaire (telles que les ergothérapeutes, les pharmaciens, les physiothérapeutes) devraient évaluer chez leurs clients, leur famille et leurs aidants la présence de facteurs qui affectent la volonté d'apprendre et la capacité à écouter et à comprendre pendant les séances de formation sur les stratégies d'autoadministration des soins (Joint Commission, 2010; RNAO, 2010b, 2012a; Sneath, 2009). Parmi ces facteurs, on peut citer :

- La connaissance et la capacité nécessaires pour surveiller leur propre état de santé et leurs propres troubles médicaux;
- Les niveaux de littératie en santé^G et de maîtrise de la langue;
- Une surdose d'information;

- L'attitude, les convictions ou la culture⁶;
- La capacité cognitive requise pour prendre leur état en charge, qui peut être affectée par la maladie, le manque de sommeil, l'âge développemental et les troubles cognitifs, comme la dépression et les effets secondaires liés aux médicaments;
- La capacité fonctionnelle à gérer les soins autoadministrés et les activités quotidiennes;
- Les réseaux d'entraide disponibles, comme les soutiens sociaux généraux, la famille ou les aidants qui possèdent la capacité mentale et physique nécessaire pour les aider;
- Les services de soins communautaires, les soins primaires et les autres types de fournisseurs disponibles auxquels le client peut avoir accès;
- Les ressources financières ou autres dont le client dispose pour obtenir les soins dont il a besoin.

(Herndon et al., 2013; Joint Commission, 2010; Schall et al., 2013; Sevin et al., 2013; RNAO, 2010a, 2010b; Rydeman et Tornkvist, 2010). Des mesures visant à gérer les répercussions de tout facteur sur la capacité des clients à apprendre et à s'occuper d'eux-mêmes devront être prises avant, pendant et après une transition des soins.

L'évaluation des facteurs qui affectent la capacité à apprendre des stratégies d'autoadministration des soins avant, pendant et après une transition chez le client, la famille et ses aidants permet à l'infirmière, travaillant en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, de mettre en œuvre des interventions qui tiennent compte des facteurs qui affectent la capacité à comprendre et à donner suite aux stratégies d'autogestion (RNAO, 2010a, 2010b, 2012a). L'identification et la prise en charge des facteurs qui influencent l'apprentissage de l'autogestion permettent d'améliorer la satisfaction du client avant, pendant et après une transition des soins (Bench et Day, 2010).

RECOMMANDATION 1.5 :

Avant, pendant et après une transition, évaluer l'apprentissage et les besoins en information du client, de sa famille et de ses aidants qui sont nécessaires pour l'autoadministration des soins.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Il est important que les infirmières et les membres de l'équipe pluridisciplinaire évaluent les besoins en matière d'information de la famille et des aidants du client, si cela aide à évaluer la préparation du client pour une transition des soins (AMDA, 2010; Joint Commission, 2010; Lindsay et al., 2010; RNAO, 2006c). Les clients, leurs familles et leurs aidants devraient prendre une part active pour cerner leurs besoins en matière d'apprentissage et déterminer les renseignements qui sont importants pour eux à chaque stade d'une transition (Byrne, Orange, et Ward-Griffin, 2011). Les nouvelles connaissances au sujet des soins autoadministrés n'ont un sens pour les personnes que si elles reflètent leurs besoins.

L'infirmière et l'équipe pluridisciplinaire doivent déterminer ce que le client, sa famille et ses aidants doivent apprendre au sujet de l'autogestion au point de transition. Le recours aux questions ouvertes permet de faire durer les conversations, afin que les clients puissent expliquer ce qu'ils savent au sujet de leur état de santé et exprimer leurs préoccupations relatives aux répercussions de la maladie sur leur vie à la maison ou dans un autre établissement de soins (RNAO, 2010b, 2012a; Rydeman et Tornkvist, 2010). Voici quelques énoncés qui peuvent encourager un dialogue ouvert :

- Parlez-moi de votre routine quotidienne normale;
- Parlez-moi de vos repas typiques à la maison;
- Dites-moi comment vous prenez vos médicaments;
- Parlez-moi de ce que signifie pour vous le fait de rentrer chez vous ou d'être transféré à un autre établissement;
- Parlez-moi de vos préoccupations concernant les étapes suivantes pour vous (par exemple lors du transfert et au congé de l'hôpital);

- Parlez-moi de vos préoccupations concernant les étapes suivantes pour votre proche (par exemple le retour à la maison ou le transfert dans un établissement de soins de longue durée).

De nombreux facteurs affectent la capacité du client à apprendre (voir la recommandation 1.4). Les établissements de soins de santé peuvent être des endroits où il est difficile d'apprendre, en raison de situations très stressantes dans différents milieux. Il est important de créer un environnement qui encourage et soutient la communication avec les clients, leur famille et leurs aidants afin de répondre à tous leurs besoins en matière d'apprentissage (RNAO, 2006c, 2012a). L'établissement de la relation thérapeutique et la connaissance des clients sont des éléments essentiels pour une communication et des interactions efficaces. Des relations doivent être établies entre l'infirmière et le client pour que le client se sente à l'aise de poser des questions, d'explorer son état de santé et ses soins, et de demander des précisions avant de prendre des décisions (AMDA, 2010; CNO, 2013b; Joint Commission, 2010; RNAO, 2006b, 2012a). Il est également important de développer un partenariat authentique avec le client, sa famille et ses aidants, pour les aider lors de changements ou d'événements de la vie, qu'ils soient prévus ou non (AMDA, 2010; RNAO, 2006c).

L'apprentissage est un processus itératif qui peut se produire n'importe où et n'importe quand (RNAO, 2010b, 2012a). Le recours à un cadre d'apprentissage peut aider l'équipe de santé à adapter la formation aux besoins du client en matière d'apprentissage (RNAO, 2012a). Par exemple, le modèle E.E.A.R.N.S. (écouter, établir, adopter, renforcer, nommer et solidifier) aide les équipes de santé à transférer l'information aux clients (RNAO, 2012a). Dans ce cadre, les fournisseurs *écoutent* le client pour *établir* la relation thérapeutique requise, puis *adoptent* une approche intentionnelle afin que l'apprentissage puisse avoir lieu pendant chacune de leurs rencontres avec le client. Le potentiel d'augmenter les connaissances et la littératie en soins autoadministrés du client peut être accru en encourageant le client à *répéter* et à *nommer* ce qu'ils ont appris, afin de *renforcer et de solidifier* l'apprentissage lors de chaque rencontre (RNAO, 2012a).

Chaque transition des soins contient plusieurs stades et lors de chacun d'entre eux, le client, sa famille et ses aidants doivent saisir de nouveaux renseignements sur la santé. Il est important que les infirmières et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire adaptent l'information fournie en fonction tant des besoins du client que du stade de soins atteint. Un exemple d'une telle approche est cité dans Lindsay et al. (2010), qui présente un cadre appelé « Timing it Right » (ce cadre est disponible à l'[annexe D](#)). Ce cadre procure aux clients qui ont subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants des renseignements adaptés à des phases spécifiques des soins liés à un AVC. Il a été élaboré par Cameron et Gignac (2008) pour décrire les exigences potentielles en matière d'information pendant les phases de l'événement, de diagnostic, de stabilisation, de préparation, de mise en œuvre et d'adaptation des soins liés aux AVC. Ce cadre illustre l'importance d'adapter l'information aux besoins du client et au stade de soins atteint.

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Collaborer avec le client, sa famille et ses aidants, ainsi qu'avec l'équipe pluridisciplinaire, pour élaborer un plan de transition qui prend en charge les besoins uniques du client, tout en favorisant la sécurité et la continuité des soins.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Un examen systématique d'essais contrôlés randomisés indique que des plans de transition structurés, adaptés en fonction des besoins du client en matière de soins, permettent de réduire la durée du séjour et les taux de réadmission, en plus d'améliorer la satisfaction du client, de sa famille et de ses aidants avec la transition des soins (voir la recommandation 1.1) (Popejoy, 2011; Sheppard et al., 2010). Un plan de transition adapté non seulement en fonction des besoins du client en matière de soins, mais également de ses attentes, permet de réduire la durée du séjour et de minimiser les réadmissions à l'hôpital (Sheppard et al., 2010). La planification doit tenir compte des renseignements et de la formation requis pour préparer les clients à gérer leurs attentes et à éviter les conflits pendant les transitions des soins (Laugaland et al., 2012; Popejoy, 2011; Sheppard et al., 2010).

La préparation d'un plan de transition doit commencer en déterminant :

- La nature de la transition;
- Les personnes qui doivent prendre part à la planification;
- Les objectifs et les préoccupations du client, de sa famille et de ses aidants;
- Les besoins en matière d'information du client, de sa famille et de ses aidants, ainsi que des membres de l'équipe pluridisciplinaire aux deux bouts (envoi et réception) de la transition.

Les transitions de soins ont un effet différent sur chaque personne. C'est pourquoi chaque plan doit être adapté au client, qui peut être un enfant, un adulte ou une personne âgée; à la nature du transfert, que ce soit d'une unité à l'autre, d'un fournisseur de soins à l'autre ou vers un autre établissement; ainsi qu'à la famille et aux aidants du client (Ellis, 2010; Munoz-Solomando, Townley, et Williams, 2010; Popejoy, 2011; Sheppard et al., 2010). Il est clair qu'un plan établi pour le transfert entre les soins actifs et les soins de longue durée serait différent d'un plan établi pour un adolescent qui passe des services pédiatriques aux services pour adultes. Les deux ont besoin d'une préparation psychologique, mais le premier pourrait mettre l'accent sur l'adaptabilité de la personne âgée à vivre dans un nouveau contexte social (Ellis, 2010). À l'opposé, le plan conçu pour l'adolescent pourrait mettre l'accent sur ses interactions avec un nouveau fournisseur de soins de santé et sa capacité à prendre des décisions concernant les soins autoadministrés (Munoz-Solomando et al., 2010). Quel que soit le cas, le plan de transition doit tenir compte des besoins du client en matière d'information et de ressources, qui sont appropriés pour assurer le caractère optimal des résultats et de la sécurité, avant, pendant et après la transition des soins.

Les réunions relatives à la transition des soins aident l'équipe à comprendre les objectifs du client, ses préoccupations et ses besoins en matière de soins. Elles constituent également un forum qui permet aux clients, à leur famille et à leurs aidants de prendre part à la planification. L'intégration d'un plan de transition au plan de soins global contribue à assurer une prestation exhaustive des soins, soutient l'examen quotidien des progrès de la préparation à la transition et facilite la coordination des soins par les fournisseurs de soins en vue de la date de transition (Foust, 2007; Watts et Gardner, 2005). Lorsque les clients, leur famille et leurs aidants prennent part à la planification d'une transition, ils acceptent mieux le changement et s'adaptent mieux à la transition, particulièrement lorsque leurs souhaits, leurs préoccupations et leurs objectifs sont reconnus et y sont intégrés (Laugaland et al., 2012; Popejoy, 2011; Sheppard et al., 2010).

Dans un cadre coopératif, les infirmières peuvent utiliser l'information obtenue lors des réunions de planification, avec les évaluations effectuées, pour assurer la coordination de l'information importante parmi les membres de l'équipe et favoriser une approche holistique de la transition (Crilly, Chaboyer, et Wallis, 2006; Laugaland et al., 2012; Ong et Coiera, 2011). Au minimum, les sujets de discussion pendant les réunions de planification de la transition doivent inclure :

- L'historique du client;
- Les évaluations, y compris le statut fonctionnel;
- Le diagnostic, les enquêtes et les résultats;
- Les médicaments et les allergies;
- Les renseignements sur la sécurité;
- Les besoins ou les recommandations en matière d'équipement;
- Les besoins en matière de soins;
- Les directives préalables;
- Des renseignements et de la formation pour le client, sa famille et ses aidants;
- Des sommaires des consultations et du congé de l'hôpital;
- Les exigences en matière de suivi.

(Collins, Stein, Vawdrey, Stetson, et Bakken, 2011; Kelly, 2011; LaMantia et al., 2010).

Pour s'assurer que l'établissement destinataire est prêt à accepter un client, la planification de la transition doit passer en revue ce que le nouveau fournisseur de soins devra savoir, y compris toute exigence particulière, par exemple l'équipement ou les médicaments qui ne sont pas normalement en stock, ou des fournitures pour le soin des plaies (LaMantia et al., 2010; Ong et Coiera, 2011).

Pendant la planification de la transition, il est important de cerner le potentiel de conflits entre les membres de l'équipe de santé et les clients, leur famille et leurs aidants, qui seraient attribuables à des différences entre les convictions, les valeurs et les souhaits relatifs aux soins. Pendant le processus de transition, il est important que l'infirmière travaille à l'intérieur de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le client, qu'elle comprenne le potentiel de conflits et qu'elle ait recours à un cadre éthique pour aider à prendre les décisions, afin que les besoins uniques du client soient satisfaits, particulièrement si des conflits surviennent en raison de ces différences (Ollio, 2009b).

Les transitions des soins peuvent être complexes; elles nécessitent la tenue de plusieurs réunions et le travail de nombreux membres de l'équipe pluridisciplinaire avec le client, sa famille et ses aidants. Parfois, les infirmières considèrent la planification de la transition comme secondaire par rapport à leur principale responsabilité de prestation de soins; mais en fait, pour assurer la sécurité et la continuité, la planification de la transition doit être intégrée aux soins quotidiens. Cela permet aux infirmières d'évaluer les besoins actuels et émergents des clients et d'assurer une planification à jour et une préparation du client pour veiller à la continuité des soins et la sécurité lors de la transition (voir Recommandations relatives à l'évaluation, ci-dessus) (Foust, 2007; Laugaland et al., 2012; RNAO, 2010b; Watts et Gardner, 2005).

RECOMMANDATION 2.2 :

Recourir à une communication efficace pour échanger les renseignements sur le client parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire pendant la planification de la transition des soins.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Une transmission efficace des renseignements sur le client entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire est essentielle pour la coordination des soins et la préparation du client à une transition des soins sûre (Nosbusch, Weiss, et Bobay, 2010; Riesenber, Leitzsch, et Cunningham, 2010). La profession que devrait exercer le coordonnateur idéal pendant les transitions des soins n'est pas claire. Toutefois, les infirmières peuvent faire une contribution unique en assurant la coordination des volets physique et psychologique des transitions des soins prodigués aux clients (Ellis, 2010; Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds, et Hirschman, 2011; Trachtenberg et Ryvicker, 2011). Nosbusch et al. (2010) soulignent le fait que les infirmières peuvent améliorer la communication et la relation entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et le client pendant le processus de planification de la transition des soins, de la façon suivante :

- En montrant une approche des soins axée sur les besoins du client⁶;
- En participant au processus de prise de décisions pendant les réunions de l'équipe ou les rondes, afin d'organiser et de planifier les soins et les services dont aura besoin le client.

Lorsque les infirmières prennent une part active aux processus de planification et de préparation de la transition des soins, les meilleurs résultats pour le client suivants ont été démontrés :

- La présence aux rendez-vous de suivi auprès des fournisseurs de soins primaires;
- La capacité du client de présenter son diagnostic au congé de l'hôpital;
- La satisfaction du client avec une approche holistique du processus de planification et de préparation de la transition;
- La connaissance des signes et symptômes avant-coureurs qui nécessitent un suivi immédiat par un fournisseur de soins de santé, et une réduction des renseignements erronés;
- La préparation psychologique à la transition;
- La réduction du risque de réadmission.

(Ellis, 2010; Latour et al., 2007; Naylor et al., 2011; Murray et Laditka, 2009; Riesenber et al., 2010; Trachtenberg et Ryvicker, 2011).

Les infirmières sont reconnues pour leur contribution importante au processus de planification de la transition. Par exemple, Trachtenberg et Ryvicker (2011) ont passé en revue le programme RED (Reengineered Discharge Intervention), qui inclut un rôle d'infirmière de défense des droits des clients au congé de l'hôpital. Dans ce programme, l'infirmière joue un rôle de planificatrice et de coordonnatrice du congé entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, afin de s'assurer que le client, sa famille et ses aidants sont bien préparés au congé. Le rôle inclut la préparation d'un plan post-congé spécifique au client, qui tient compte de sa littératie en santé et de sa maîtrise de la langue. Le plan doit être rempli par l'infirmière et passé en revue avec le client pour s'assurer que celui-ci est conscient des tests et des rendez-vous de suivi, des médicaments et des renseignements au sujet des réactions appropriées aux préoccupations ou à un changement de son état de santé. L'examen a démontré que les infirmières occupent une position stratégique qui leur permet de travailler avec les clients pour les préparer à une transition de soins; cet examen a également démontré que ce programme réduisait les taux de réadmission, augmentait la compréhension de l'état du client et améliorait le suivi auprès des fournisseurs de soins primaires.

Cet examen et d'autres ont conclu que les infirmières occupent une position stratégique qui leur permet de travailler avec les clients pour les préparer à une transition de soins. Les infirmières compensent les barrières bureaucratiques en fournissant un leadership et en plaidant en faveur du client et d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour s'assurer que le client est prêt pour une transition des soins (Naylor et al., 2011; Nosbusch et al., 2010). Les infirmières soulèvent les préoccupations en matière de soins, documentent les conclusions d'une discussion et veillent à ce que le client reçoive une formation et un enseignement de suivi, en fonction des exigences de la planification de la transition (Nosbusch et al., 2010). Lorsqu'elles planifient les transitions des soins prodigués aux clients, les infirmières peuvent augmenter leur visibilité et leur leadership en prenant l'initiative et en transmettant de façon efficace des renseignements clés sur le client. Les infirmières peuvent démontrer leurs connaissances et leurs compétences uniques au sein des équipes pluridisciplinaires lorsqu'elles préparent le client, sa famille et ses aidants à une transition des soins (Nosbusch et al., 2010; RNAO, 2013a, 2013b).

3.0 MISE EN ŒUVRE

RECOMMANDATION 3.1 :

Renseigner le client, sa famille et ses aidants concernant les transitions des soins pendant les soins routiniers, en adaptant les renseignements fournis à leurs besoins et au stade de soins requis.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Les examens systématiques de la documentation indiquent que l'indicateur le plus fiable de la préparation d'un client pour une transition des soins est la qualité de l'enseignement (Johnson, Sandford, et Tyndall, 2008; Weiss et al., 2007). La formation des clients pour les préparer aux transitions des soins devrait incorporer les principes de l'apprentissage axé sur les besoins du client, en plus de tenir compte des besoins en matière d'apprentissage de leurs familles et de leurs aidants (AMDA, 2010; Byrne et al., 2011; Lindsay et al., 2010; Naylor et al., 2011; RNAO, 2012a). Voici quelques facteurs à prendre en considération lors de la formation des clients :

- Les exigences en matière de santé (soins physiques et psychologiques);
- Les facteurs affectifs et sociaux;
- L'âge développemental;
- Les valeurs culturelles et ethniques;
- Les capacités cognitives;
- La littératie en santé et la maîtrise de la langue;
- Le stade de préparation (voir la recommandation 1.4);
- Les objectifs.

(Bench et Day, 2010, CNO, 2013b; Joint Commission, 2010; Lindsay et al., 2010; Johnson et al., 2008; RNAO, 2010a, 2010b, 2012a).

Les infirmières qui préparent les clients aux transitions des soins ne doivent pas oublier que l'apprentissage est à son meilleur niveau lorsque l'éducation fait partie de la pratique quotidienne des soins infirmiers, qu'elle est renforcée et répétée verbalement (voir la recommandation 1.5), et que des documents écrits sont fournis pour assurer le suivi (Johnson et al., 2008; SIGN, 2010). Toutefois, Bench et Day (2010) avertissent que le fait de fournir trop d'information à la fois aux clients n'est pas efficace. L'équipe pluridisciplinaire peut collaborer avec les clients pour élaborer des documents et des programmes de formation normalisés qui sont essentiels pour les transitions des clients atteints de certains problèmes de santé (Johnson et al., 2008; Kelly, 2011; Kim et Soeken, 2005; Lindsay et al., 2010; Trachtenberg et Rywicker, 2011). Cette collaboration peut aider l'équipe de soins de santé à transmettre

l'information avec exactitude et de façon uniforme, pour assurer une éducation axée sur les besoins du client et la préparation du client à une transition des soins et réduire le nombre de réadmissions (Kim et Soeken, 2005).

Pour des discussions plus poussées et des renseignements plus détaillés à propos des stratégies d'apprentissage axé sur les besoins du client, nous vous recommandons de consulter la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (2012a) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

RECOMMANDATION 3.2 :

Recourir à des outils de documentation et des stratégies de communication normalisés pour un échange clair et opportun des renseignements sur le client aux points de transition des soins.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

Une transition des soins est un processus complexe, qui présente des risques importants; pour cette raison, un échange inefficace de renseignements peut entraîner des résultats négatifs (Laugaland et al., 2012; Kerr, 2002). Des examens systématiques de la documentation ont révélé que pour assurer la sécurité et l'efficacité des transitions des soins prodigués aux clients, une communication claire, en temps voulu, et la documentation des renseignements sur le client étaient essentielles (LaMantia et al., 2010; Murray et Laditka, 2009; Ong et Coiera, 2011; Terrell et Miller, 2007). Chaque membre de l'équipe doit comprendre son rôle relativement à la coordination et la diffusion de renseignements exacts sur le client (Bost, Crilly, Wallis, Patterson, et Chaboyer, 2010; OIIO, 2009a, 2009b).

Pour éviter toute répétition, duplication ou omission de renseignements essentiels sur le client pendant les échanges de renseignements entre établissements ou prestataires de soins de santé, la discussion et la documentation devraient être simplifiées et normalisées pour assurer un transfert de renseignements clair et exact (OIIO, 2009b). Parmi les stratégies et les outils utilisés pour assurer un transfert de renseignements clair et ciblé, on peut citer :

- Les algorithmes;
- Les listes de contrôle;
- Les modèles d'échange de communication;
- Les structures d'échange d'information, telles que SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation, c'est-à-dire situation, contexte, évaluation et recommandation);
- Les protocoles de soins qui mettent l'accent sur des soins spécifiques pour certaines phases d'un problème de santé;
- Des documents récapitulatifs normalisés;
- La technologie, par exemple les dossiers électroniques.

(Collins et al., 2011; OIIO, 2009b; Murray et Laditka, 2009; Nosbusch et al., 2010; Parker, Lee, et Fadayevatan, 2004; Trachtenberg et Ryvicker, 2011).

Les systèmes de dossiers électroniques des clients fournissent des formats normalisés qui aident les prestataires de soins de santé à trouver et à échanger rapidement des renseignements (OIIO, 2009b; Helleso et Lorensen, 2005; Murray et Laditka, 2009; Riesenberget al., 2010). La continuité des soins pendant les transitions est essentielle pour assurer la satisfaction des clients. Toutefois, pour l'échange clair et en temps voulu des renseignements sur le client, de multiples stratégies doivent être utilisées, par exemple le recours à un langage commun et à des outils standard (formulaires, listes de contrôle et dossiers électroniques) et le transfert de responsabilité (lors du changement de quart de travail, d'établissement ou de fournisseur de soins) (OIIO, 2009b, 2009c). Certaines de ces stratégies sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2. Stratégies pour un transfert des soins efficace –
Tirées d'articles sur les transferts des soins infirmiers aux États-Unis, publiés dans des ouvrages en anglais, entre le 1^{er} janvier 1987 et le 4 août 2008.

Catégories de stratégies	
<p>Aptitudes à communiquer <i>Communication générale</i> Maintenir la confidentialité du patient et de la famille Transmettre l'information essentielle de façon concise, mais en profondeur Transmettre l'information clairement; poser des questions si quelque chose n'est pas clair Garder le rapport axé sur le patient</p> <p><i>Préparation</i> Gérer votre temps afin d'être prêt à présenter le rapport Recueillir les documents nécessaires (dossiers du patient, vos propres notes, etc.)</p> <p><i>Transfert de responsabilité</i> S'assurer que la personne qui reçoit le rapport comprend et accepte le transfert de responsabilité Retarder le transfert s'il y a des préoccupations concernant l'état ou la stabilité du patient</p> <p><i>Langue</i> Parler clairement, pas trop vite Recourir à un langage clair et spécifique Rester objectif; éviter les déclarations qui portent un jugement Éviter l'utilisation de jargon, d'acronymes et d'abréviations</p> <p>Stratégies de normalisation <i>Normaliser le processus</i> Laisser l'occasion de poser des questions et d'y répondre Élaborer des lignes directrices, des outils (modèles, formulaires, listes de contrôle, scénarios), des politiques et des procédures Recourir à un outil pour s'assurer de ne pas oublier de renseignements essentiels Adapter les outils de préparation de rapport selon les besoins, en fonction de différents domaines ou de différentes situations (par exemple, changement de quart, transfert d'un patient entre deux unités) Toujours présenter l'information dans le même ordre dans le rapport Recourir à un processus de vérification (par exemple, la relecture) pour s'assurer que l'information a été reçue et comprise Élaborer un contrat de travail d'équipe et le faire signer par les membres de l'équipe Utiliser une mnémonique</p> <p><i>Pendant les communications face à face</i> Poser des questions interactives</p> <p><i>Pendant les rondes ou le rapport au chevet du patient</i> Vérifier l'équipement Vérifier si des renseignements manquent, ou poser des questions supplémentaires Inclure le patient et sa famille dans la discussion concernant les plans et les objectifs</p> <p><i>Surveiller, évaluer ou vérifier le processus</i> Créer un outil d'évaluation Effectuer des vérifications ponctuelles Faire des observations directes le plus tôt possible Modifier le processus selon les besoins Se concentrer sur les problèmes du système</p>	<p>Solutions technologiques <i>Utiliser un système de transfert des soins électronique (informatisé)</i> Présenter le rapport devant un ordinateur (il est ainsi facile de chercher de l'information pertinente)</p> <p><i>Utiliser un rapport enregistré (audio ou vidéo)</i> Planifier ce que vous voulez dire Toujours présenter l'information dans le même ordre dans le rapport Arrêter l'enregistreur lorsque c'est nécessaire pour éliminer les distractions Écouter de temps en temps vos rapports enregistrés pour identifier les domaines que vous pourriez améliorer Demander à un collègue que vous respectez de critiquer votre rapport <i>Recourir à un système de technologie vocale téléphonique</i></p> <p>Stratégies environnementales Limiter les interruptions et les distractions Créer un endroit spécifique, bien éclairé et calme, pour les rapports Maintenir la confidentialité du patient et de la famille Prévoir suffisamment de temps</p> <p>Formation et éducation Recourir à des exemples réels (scénarios, histoires) en classe et à des scénarios conditionnels pendant les exercices Utiliser des jeux de rôles pour enseigner des compétences de transfert de soins efficaces Enseigner la confiance en soi et des aptitudes à écouter Tenir compte des enjeux hiérarchiques et sociaux (par exemple, en discutant de la manière de communiquer de façon efficace avec des personnes qui occupent une position hiérarchique supérieure ou inférieure à la vôtre, l'effet des normes sociales et culturelles sur la communication) Discuter des facteurs humains (tels que le stress, la fatigue, la surdose d'information ou l'hypertension sensorielle) Fournir une formation de recyclage adéquate Créer des affiches, des cartes pour le portefeuille, des ressources Web et d'autres outils pour renforcer les compétences en matière de transfert des soins</p> <p>Participation du personnel Faire participer le personnel à l'élaboration de lignes directrices, d'outils (modèles, formulaires, listes de contrôle, scénarios), de politiques et de procédures Faire participer le personnel à l'élaboration d'un programme de formation</p> <p>Leadership Avoir des attentes uniformes en matière de conformité Faciliter le dialogue entre les infirmières et les médecins pour identifier les problèmes et trouver des solutions Prévoir suffisamment de temps pour planifier une stratégie de mise en œuvre d'un nouveau processus de transfert des soins Trouver des adopteurs précoces et des champions pour aider à démontrer l'efficacité Associer le processus de transfert de soins après le quart de travail à l'évaluation du rendement</p>

Extrait de « Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature », de L. Riesenberg, J. Leitzsch et J. Cunningham, 2010, *American Journal of Nursing*, 110, p. 24. Copyright [2010] par Wolters Kluwer Health. Réimprimé avec autorisation.

La communication et l'échange d'information entre les fournisseurs de soins et les clients après une transition peut rassurer ces derniers et les aider à prendre en charge leurs symptômes, reconnaître les complications et poser des questions. Cela peut être réalisé grâce à des appels téléphoniques de suivi ou par voie électronique (Kelly, 2011; Mistiaen et Poot, 2008).

RECOMMANDATION 3.3 :

Obtenir des renseignements exacts et complets sur les médicaments pris par le client aux points de transition des soins.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Bilan comparatif des médicaments

Des examens systématiques de la documentation indiquent que la transmission au point de transition des soins (par exemple, lors de l'admission, d'un transfert ou du congé) de renseignements exacts et complets sur les médicaments pris par le client est essentielle à la prestation d'excellents soins de santé (LaMantia et al., 2010; Ong et Coiera, 2011). Le bilan comparatif des médicaments est une pratique organisationnelle requise (POR) du programme d'agrément Quantum, d'Agrément Canada. Agrément Canada (2014, p. 14) décrit le bilan comparatif des médicaments comme « un processus structuré et partagé dans le cadre duquel l'équipe de soins :

1. collabore avec l'usager, la famille et les soignants (selon le cas) et au moins une autre source d'information pour produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Un MSTP est une liste de tous les médicaments (y compris les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, les vitamines et les suppléments);
2. décèle et clarifie les différences (écarts) entre le MSTP et les médicaments prescrits aux points de transition;
3. consigne des renseignements à jour sur les médicaments des usagers et leur communique cette information (ainsi que le nom de leur prochain prestataire de services, s'il y a lieu). »

Les normes Qmentum d'Agrément Canada aident les organisations à adopter des pratiques fondées sur les données probantes qui améliorent la qualité et la sécurité des soins de santé au Canada (Agrément Canada, 2014). Pour que les organisations satisfassent aux POR relatives au bilan comparatif des médicaments, elles doivent effectuer ce bilan aux points de transition des soins, moment auquel les clients présentent un risque élevé de subir des réactions indésirables aux médicaments (voir la recommandation 1.2). Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les normes en matière de bilan comparatif des médicaments d'Agrément Canada, veuillez consulter le *Livret sur les*

Pratiques organisationnelles requises 2014 d'Agrément Canada, disponible à l'adresse <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr-0.pdf>

Des ressources et des outils sont disponibles pour aider les prestataires de soins de santé à établir des pratiques systématiques et complètes relatives au bilan comparatif des médicaments. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (Canada) et Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! ont tous deux publié en ligne des ressources et des outils sur le bilan comparatif des médicaments pour aider les prestataires de soins de santé à mettre en œuvre des pratiques relatives au bilan comparatif des médicaments. Ces outils sont disponibles sur leurs sites Web respectifs, aux adresses <http://www.ismp-canada.org/medrec/> et <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/resources.aspx>. Des outils tels que des formulaires normalisés imprimés ou électroniques, des listes de contrôle à relire et le recours à un personnel spécialisé peuvent être utilisés pour aider à recueillir des renseignements exacts et opportuns sur les médicaments et pour favoriser la sécurité en empêchant l'utilisation inappropriée de médicaments aux points de transitions des soins (Chevalier, Parker, MacKinnon, et Sketris, 2006; Laugaland et al., 2012; Murray et Laditka, 2009).

Sommaire du schéma thérapeutique au congé de l'hôpital

Pour assurer la sécurité et le suivi du bilan comparatif des médicaments aux points de transitions des soins, un sommaire écrit du schéma thérapeutique du client devrait être préparé lors du congé de l'hôpital ou de la transition. Ce sommaire devrait contenir :

- La liste des médicaments pris (schéma thérapeutique);
- Les médicaments abandonnés;
- Les ordonnances actuelles et nouvelles qui seront requises au point de transition.

(LaMantia et al., 2010; Malcolm et al., 2008).

Les infirmières doivent connaître leurs normes professionnelles et passer en revue la politique et les procédures de leur établissement relativement au bilan comparatif des médicaments. La responsabilité du bilan comparatif des médicaments aux points de transitions des soins est partagée par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire chargés des soins du client.

RECOMMANDATION 3.4 :

Expliquer au client les stratégies d'autogestion afin de les encourager à être confiants de leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes lors des transitions des soins.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

Bilan comparatif des médicaments

L'autogestion est un terme qui fait référence à tout ce que doivent faire les clients pour atteindre et maintenir un bon état de santé; il inclut leur conviction qu'ils sont aptes à prendre en charge les aspects médicaux et affectifs de leur santé, à savoir prendre soin d'eux-mêmes lors d'une transition des soins (RNAO, 2010b, 2012a). Les clients prennent mieux en charge leurs propres soins lorsque les infirmières leur expliquent :

- Leur état;
- Les signes et symptômes avant-coureurs qu'ils doivent surveiller et comment y réagir;
- Quand demander de l'aide;
- L'alimentation et les traitements, comme les médicaments.

(LaMantia et al., 2010; Wilkes, Cioffi, Warne, Harrison, & Vonu-Boriceanu, 2008).

Les examens systématiques de la documentation indiquent que les clients qui bénéficient d'une formation avant et après leur congé de l'hôpital concernant les soins, le traitement, les médicaments et les activités de la vie quotidienne ont des résultats positifs après la transition, comme une baisse des taux de réadmission et de réactions indésirables aux médicaments et une augmentation de la satisfaction du client et de sa famille (Kim et Soeken, 2005; Laugaland et al., 2012, Parker et al., 2004; RNAO, 2010b, 2012a; Rydeman et Tornkvist, 2010; Scott, 2010). Le fait d'expliquer aux clients des stratégies d'autogestion les aide à se sentir plus confiants. Les infirmières ont l'occasion d'expliquer aux clients les traitements à suivre et de leur fournir une formation sur les compétences dont ils ont besoin pour prendre en charge leurs problèmes de santé. Par exemple, les infirmières qui agissent en tant que conseillères en transition peuvent aider à préparer les clients en s'assurant qu'ils connaissent :

- Le nom de chaque médicament qu'ils prennent;
- La raison pour laquelle ils ont été prescrits;
- Ce qu'ils font;
- Les effets secondaires des médicaments et ce qu'ils peuvent indiquer;
- Comment prendre les médicaments correctement.

(Kim et Soeken, 2005; LaMantia et al., 2010).

Les efforts faits pour enseigner aux clients des aptitudes d'autogestion, qu'ils soient formels ou informels, doivent être appropriés à l'âge du client et couvrir tous les aspects d'une transition, à savoir physiques, affectifs et sociaux (Nosbusch et al., 2010; RNAO, 2010a, 2010b; Scott, 2010). Le recours à une stratégie d'éducation fondée sur les données probantes, par exemple « demander-dire-demander », aide à s'assurer que les clients reçoivent l'information sur les soins autoadministrés lorsqu'ils sont prêts et réceptifs (voir les recommandations 1.3, 1.4, 1.5). La technique « boucler la boucle » aide les infirmières à évaluer si les clients ont bien compris, après qu'elles ont répondu à leurs questions (Miller et Rollnick, 2002; RNAO, 2010b, 2012a). Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ces stratégies, consultez les lignes directrices suivantes de la RNAO : *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (2012b) et *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques* (2010b).

La formation doit également inclure l'examen des outils qui aideront le client à prendre soin de lui-même, ainsi que la façon de les utiliser. Les médicaments, par exemple, peuvent présenter des risques pour la sécurité des patients pendant une transition s'ils ne savent pas comment les gérer. Voici trois exemples d'outils conçus pour aider les clients à assurer le suivi de leur état clinique et de leurs médicaments :

- MyMedRec : cette application de dossier de santé portatif aide les clients à assurer le suivi de leurs médicaments, de leur état de santé et d'autres renseignements. Elle est disponible à l'adresse <http://www.ismp-canada.org/medrec/>;
- My Health Passport : il s'agit d'une carte format portefeuille qui énumère les troubles médicaux, les procédures ou traitements antérieurs, les médicaments, les allergies et d'autres problèmes. Elle avait été élaborée pour les enfants, mais elle est maintenant disponible pour les adultes plus âgés. Un exemple est disponible à l'adresse <https://www.sickkids.ca/myhealthpassport/>;
- Dossier de santé personnel : les dossiers imprimés ou électroniques portatifs conservés par le client concernant leurs troubles médicaux et leurs médicaments sont utilisés pour faciliter les discussions avec les prestataires de soins de santé après une transition des soins. Des renseignements supplémentaires et des exemples de ces dossiers sont disponibles aux adresses suivantes : http://www.caretransitions.org/caregiver_resources.asp, <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/progres-au-canada/experiences-et-perspectives/les-patients-a-la-barre-de-la-gestion-des-soins-personnels> et <https://www.mychart.ca/>.

Les clients auront besoin de formation et d'encadrement au sujet de l'utilisation de n'importe quel outil et du rôle de celui-ci pour les aider à prendre soin d'eux-mêmes pendant une transition des soins (Kelly, 2011).

4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1 :

Avant, pendant et après une transition, évaluer l'efficacité de la planification de la transition pour le client, sa famille et ses aidants.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Il est important d'évaluer l'efficacité de la préparation du client, de sa famille et de ses aidants sur leur capacité à prendre en charge les soins avant, pendant et après une transition. Selon les examens de la documentation, une planification efficace de la transition est associée aux résultats suivants pour les clients : une capacité accrue à s'adapter et à faire face à la situation; des sentiments plus généralisés d'autonomisation à prendre en charge ses propres soins lors de la transition; une amélioration des résultats sur la santé et de la qualité de vie; une plus grande satisfaction du client et de sa famille à l'égard des soins pendant la transition; et une baisse des taux de réadmission et de résultats indésirables (Naylor et al., 2011; Parker et al., 2004; Scott, 2010; Sheppard et al., 2010).

Les infirmières peuvent surveiller l'efficacité des stratégies de planification de la transition, afin de s'assurer que le client est prêt à prendre soin de lui-même, en recherchant les éléments suivants :

- Les lacunes dans les soins;
- La nécessité de clarifier ou de renforcer les processus d'autogestion auprès du client, de sa famille et de ses aidants;
- Si les clients savent quoi faire en réaction à des signes avant-coureurs qui indiquent un changement de leur état de santé;
- Le besoin d'obtenir des ressources et une formation supplémentaires;
- Si des rendez-vous de suivi ont été pris avec des fournisseurs de soins primaires ou des spécialistes.

(Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, 2010; Jack et al., 2009; Foust, 2007; Parrish, O'Malley, Adams, Adams, & Coleman, 2009). Il est important de comprendre que tout le monde apprend différemment et à un rythme différent. La ligne directrice de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (2012a), propose aux infirmières et aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de prévoir du temps pour la préparation du client, afin de s'assurer que celui-ci est en mesure de prendre en charge ses propres soins.

RECOMMANDATION 4.2 :

Évaluer l'efficacité de la planification de la transition sur la continuité des soins.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Des examens systématiques d'essais contrôlés randomisés indiquent que l'évaluation des éléments suivants de la planification permet d'améliorer la sécurité des clients et la continuité des soins lors des transitions des soins :

- Commencer tôt la planification de la transition, bien avant le congé de l'hôpital;
- Inclure la famille et les aidants dans le processus de planification;
- Recourir à des renseignements et une formation spécifiques au client;
- Communiquer de façon efficace avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire, les clients, sa famille et ses aidants;
- Soutien continu du client après la sortie de l'hôpital, par exemple grâce à un aiguillage vers des programmes ou services communautaires.

(Bauer, Fitzgerald, Haesler, et Manfrin, 2009; LaMantia et al., 2010; Parker et al., 2004; Rydeman et Tornkvist, 2010; Scott, 2010).

Les recherches indiquent que les interventions suivantes constituent des façons efficaces de surveiller et d'évaluer la continuité des soins, ainsi que les progrès des clients et leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes lors d'une transition vers des services communautaires :

- Gestion du cas ou gestion du cas dirigée par l'infirmière;
- Évaluations à domicile par des fournisseurs spécialisés pour les clients à risque élevé, leur famille et les aidants qui présentent un risque d'épuisement et pour lesquels le fardeau risque d'être excessif;
- Infirmières de liaison pour faire le pont avec les soins et les services, ce qui empêche l'état des clients de se détériorer et qui soutient leurs familles et leurs aidants;
- Suivi téléphonique après le congé de l'hôpital;
- Suivi par les soins primaires;
- Services de télésanté pour que les clients puissent parler de leurs préoccupations en matière de santé.

(Chiu et Newcomer, 2007; Dieterich, Irving, Park, et Marshall, 2010; Endacott, Elliott, et Chaboyer, 2009; Hastings et Heflin, 2005; Latour et al., 2007; Mistiaen et Poot, 2008; Morales-Asencio et al., 2008; Naylor et al., 2011; Trachtenberg et Ryvicker, 2011; Van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte, et Crebolder, 2000). Toutefois, ces mêmes études présentent des résultats mitigés à propos de la caractéristique de chaque intervention qui améliore les résultats pour les clients (c.-à-d. le fournisseur de soins de santé qui s'est chargé du suivi, la méthode de prestation d'information ou le contenu de la discussion). Cela suggère, par exemple, que les clients qui présentent un risque élevé de réadmission (par exemple, les personnes âgées fragiles atteintes de plusieurs états chroniques qui ont été réhospitalisées à plusieurs reprises au cours d'une même année) devraient être surveillés et évalués plus attentivement lorsqu'on les prépare à prendre soin d'eux-mêmes lors d'une transition, pour assurer la continuité des soins (Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, 2010; Hadjistavropoulos, Garratt, Janzen, Bourgault-Fagnou, & Spice, 2009; Herndon et al., 2013; Schall et al., 2013; Sevin et al., 2013).

RECOMMANDATION 4.3 :

Évaluer l'efficacité de la communication et de l'échange d'information entre le client, sa famille et ses aidants et l'équipe de soins de santé pendant les transitions des soins.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

L'évaluation de l'efficacité de la communication et de l'échange d'information est importante, parce que les transitions des soins comprennent de multiples processus complexes et beaucoup de coordination (Ong et Coiera, 2011). Les données probantes montrent régulièrement les répercussions négatives sur la sécurité du client qui se produisent lors des ruptures de communication et de l'échange inadéquat de renseignements pendant les transitions (Ong et Coiera, 2011). La transmission efficace de renseignements exacts sur le client est essentielle pour assurer la sécurité et l'efficacité des transitions des soins (Agrément Canada, 2013, 2014; LaMantia et al., 2010; Laugaland et al., 2012; Riesenberget al., 2010). Toutefois, on ne sait pas précisément quels sont les éléments des renseignements transmis qui permettent des transitions des soins réussies (Collins et al., 2011). Toutefois, nous savons que la prestation de renseignements contradictoires au client et le manque de renseignements se répercutent sur la continuité des soins, la sécurité du client et sa capacité à s'autogérer (Helleso et Lorensen, 2005). Pour améliorer le processus de planification de la transition, l'évaluation devrait inclure l'efficacité de la communication et de l'échange d'information entre l'équipe et les clients, leur famille et leurs aidants, ainsi qu'entre les prestataires de soins de santé au sein d'un établissement et entre établissements (Agrément Canada, 2013, 2014; Riesenberget al., 2010).

Pour que l'échange d'information soit efficace, la communication entre les prestataires de soins de santé doit être claire et contenir des renseignements essentiels sur le client, tels que les directives préalables de soins et les listes de médicaments (LaMantia et al., 2010). Riesenberget al. (2010) et Helleso et Lorensen (2005) identifient les obstacles suivants à la circulation efficace des renseignements sur les clients :

- Manque de communication, communication inadéquate ou défaillances de la communication entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire;
- Écriture illisible;
- Communication imprécise (contenu trop long, peu pertinent ou contradictoire);
- Souvenir inadéquat de l'information transmise;
- Manque d'accès à l'information d'un système à l'autre;
- Systèmes sociaux complexes au sein des organisations, lorsque les infirmières parcourent les hiérarchies sociales des différentes disciplines qui prodiguent des soins aux clients.

Les soins infirmiers ont la responsabilité fondamentale d'identifier les obstacles à une communication et à un transfert d'information efficaces entre le client, sa famille et ses aidants, et les membres de l'équipe pluridisciplinaire (OIIO, 2008, 2011). Le recours à des listes de contrôle et des processus normalisés, approuvés par l'établissement, peut aider à communiquer les renseignements sur le client à l'aide d'une approche systématique avant, pendant et après la transition des soins. Cette approche peut réduire les obstacles à la communication et aider l'équipe pluridisciplinaire à transmettre de façon efficace les renseignements sur le client et à améliorer les perceptions qu'ont le client, sa famille et ses aidants au sujet du processus de transition, accroître les sentiments de participation et augmenter le niveau de satisfaction avec les relations entre le client et le prestataire de soins et les relations entre prestataires de soins (Hadjistavropoulos et al., 2009).

Le recours à des outils (comme les listes de contrôle) pour passer en revue les processus de transition liés à la continuité des soins et la préparation du client à une transition des soins encourage une circulation efficace de l'information, minimise les obstacles à la circulation de l'information entre les clients et les prestataires de soins de santé, et permet de s'assurer que les soins sont sûrs et complets lors d'une transition (Hadjistavropoulos et al., 2009).

Recommandations relatives à la formation

5.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION

RECOMMANDATION 5.1 :

Les professionnels de la santé prennent part à des activités de formation continue pour améliorer les connaissances et les compétences spécifiques dont ils ont besoin pour assurer une coordination efficace des transitions des soins.

Niveau de données probantes = Ia-IV

Discussion des données probantes :

Un plan de transition des soins peut être un processus complexe et dynamique, impliquant une équipe de professionnels de la santé qui possèdent les connaissances et les compétences pour évaluer et prendre en charge les clients afin de s'assurer que leurs besoins sont satisfaits avant, pendant et après une transition. Les prestataires de soins de santé doivent acquérir les compétences suivantes pour assurer des transitions des soins sûres et efficaces :

- Communiquer de façon efficace;
- Favoriser l'autogestion par le client;
- Dresser un bilan comparatif des médicaments;
- Évaluer la préparation et la planification du client pour les transitions;
- Collaborer avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire et préciser les fonctions de chacun.

Communiquer de façon efficace

Un examen systématique d'essais contrôlés randomisés et d'autres ouvrages constitue une compétence fondamentale pour les infirmières; une communication inefficace est d'ailleurs un obstacle clé à la réussite des transitions (Chevalier et al., 2006; Murray et Laditka, 2009; Nosbusch et al., 2010; Ong et Coiera, 2011; Rhudy, Holland, et Bowles, 2008; Terrell et Miller, 2007; Young, Barhydt, Broderick, Colello, et Hannan, 2010; Zwarenstein, Goldman, et Reeves, 2009). Bost et al. (2010) cernent l'importance de chaque membre pour la communication et la diffusion des renseignements lors des transitions des clients – les uns avec les autres et avec les clients, leur famille et leurs aidants. Les infirmières doivent communiquer de façon efficace avec les équipes pluridisciplinaires pour soutenir la pratique collaborative; de plus, les stratégies de communication efficaces peuvent contribuer à une coordination réussie des soins aux points de transition (Olio, 2009c; Laugaland et al., 2012; Rhudy et al., 2008; Zwarenstein et al., 2009). Un échange d'information uniforme et efficace donne confiance aux clients et les rend plus confiants de leur capacité à s'occuper d'eux-mêmes lors de la transition (Bench et Day, 2010; Hadjistavropoulos et al., 2009).

Riesenberg et al. (2010) proposent que les stratégies de formation et d'éducation pour une communication efficace de l'équipe pluridisciplinaire comprennent les éléments suivants :

- Un apprentissage par l'expérience, par exemple des jeux de rôles;
- Aborder les facteurs sociaux et culturels qui affectent la communication, tels que les contextes hiérarchiques et sociaux de l'équipe;
- Acquisition de compétences en affirmation et en écoute active;

■ Reconnaissance des répercussions de facteurs comme le stress, la fatigue ou la surdose d'information sur la communication. Parmi les autres éléments de la communication efficace, on peut citer l'utilisation d'un langage commun et l'attention accordée à la conversation, à savoir les renseignements réels qui sont communiqués (Bost et al., 2010; Ong & Coiera, 2011).

Les établissements peuvent améliorer la communication entre les établissements et les prestataires de soins de santé par l'élaboration d'outils normalisés et l'approbation de leur utilisation (Murray et Laditka, 2009). On doit expliquer aux infirmières quand et comment les utiliser, parce que les outils normalisés favorisent le recours à un langage commun et limitent l'omission de renseignements essentiels aux points de transition (Arora et al., 2009; Bost et al., 2010; Clarke et Persaud, 2011; Hadjistavropoulos et al., 2009; Nosbusch et al., 2010; Ong et Coiera, 2011).

Favoriser l'autogestion par le client

Selon les examens des ouvrages, un échange uniforme et efficace de renseignements entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et avec le client favorise la confiance et rend le client plus certain de sa capacité d'autogestion (Bench et Day, 2010). Les infirmières doivent connaître des stratégies de formation et d'enseignement pour aider les clients à apprendre à s'autogérer (voir les recommandations 3.1, 3.2, 3.4). Pour obtenir une description des stratégies d'éducation et d'enseignement pour les clients, leur famille et leurs aidants, voir les lignes directrices *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions* (2010b), *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (2012a) et *Enhancing Healthy Adolescent Development* (2010a) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Dresser un bilan comparatif des médicaments

Selon Agrément Canada (2014), le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins représente une responsabilité partagée entre le client, sa famille et ses aidants, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé. Pendant les transitions des clients, le bilan comparatif des médicaments est souvent du ressort des infirmières et des pharmaciens. Cela nécessite que les infirmières apprennent et connaissent leur rôle et leurs responsabilités relativement au bilan comparatif des médicaments (voir les recommandations 3.3, 3.4). Agrément Canada (2014) exige que les organisations fournissent une preuve documentée de la formation sur les rôles et les responsabilités relatifs au bilan comparatif des médicaments fournie au personnel et aux prestataires de soins de santé.

Évaluer le degré de la préparation du client et planifier les transitions

Les infirmières doivent posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer les besoins en matière de soins de chaque client, afin d'assurer sa préparation physique et psychosociale (voir les recommandations 1.3 et 2.1).

Pour s'acquitter de leur responsabilité de préparer les clients aux transitions, les infirmières doivent comprendre comment fournir des renseignements et une formation aux clients, comment obtenir des ressources ou de l'équipement pour des besoins spéciaux dans le nouvel établissement, et comment assurer la coordination des consultations avec les autres membres de l'équipe, tels que les planificateurs des congés et les travailleurs sociaux (Rhudy et al., 2008; Yiu, Chien, Lui, et Qin, 2011). Lorsque les ressources ne sont pas disponibles, les infirmières doivent posséder les compétences nécessaires pour travailler avec l'établissement destinataire afin de trouver d'autres options pour assurer la continuité des soins.

Collaborer avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire et préciser les fonctions de chacun

Les systèmes et les organisations de soins de santé sont complexes et comptent une gamme de structures et de hiérarchies sociales (Naylor et al., 2011; Murray et Laditka, 2009; Riesenberget al., 2010; Trachtenberg et Ryvicker, 2011). Leurs politiques, leurs procédures et les professionnels qui participent aux transitions des clients varient également. Cela peut entraîner une certaine confusion à propos du rôle de chacun et peut faire en sorte que les infirmières pensent que d'autres professionnels sont chargés de nombreux aspects de la transition des soins du client (Yiu et al., 2011). Une étude a constaté que les infirmières ne considéraient pas que l'éducation des clients au sujet de l'observance des médicaments après le congé leur incombait (Kendall et Deacon-Crouch, 2007).

Pour être des membres efficaces de l'équipe pluridisciplinaire et éviter la confusion au sujet des rôles et l'invisibilité, les infirmières doivent comprendre leur rôle essentiel lors de la préparation des clients à une transition des soins (Laugaland et al., 2012; Nosbusch et al., 2010; Rhudy et al., 2008; Yiu et al., 2011). Rhudy et al. (2008) et Yiu et al. (2011) affirment que pour que les infirmières puissent coordonner de façon efficace l'information pendant les transitions, elles doivent :

- participer aux rondes auprès des clients;
- fournir une vue d'ensemble des besoins et des préoccupations en matière de santé des clients;
- faire le point sur l'état des clients;
- prendre l'initiative de développer, de mettre en œuvre et de coordonner la prestation et la circulation de renseignements importants sur le client parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire, avant la date de la transition.

Les infirmières doivent posséder l'éducation, les connaissances et les compétences nécessaires pour communiquer de façon efficace; pour planifier, mettre en œuvre et parcourir des processus de planification de la transition; et penser de façon critique afin de pouvoir assurer la coordination des soins et la circulation de l'information pour réussir les transitions des soins pour le client (Rhudy et al., 2008; Zwarenstein et al., 2009).

RECOMMANDATION 5.2 :

Les établissements et les programmes d'enseignement incorporent la ligne directrice *Transitions des soins* dans les curriculums de base et pluridisciplinaires, afin que tous les professionnels de la santé bénéficient des connaissances et des compétences fondées sur les données probantes dont ils ont besoin pour l'évaluation et la prise en charge des transitions des soins pour les clients.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire jouent un rôle essentiel dans la préparation du client pour une transition des soins et ils sont au centre de la continuité des soins, afin de minimiser les risques et de s'assurer que les besoins du client sont satisfaits avant, pendant et après une transition (AMDA, 2010; Coleman & Boulton, 2003). Les étudiants en soins infirmiers et dans d'autres professions de soins de santé devraient apprendre les aspects des soins qui soutiennent les transitions des soins et être en mesure de démontrer, dès le début de leur pratique, les compétences cliniques requises pour évaluer et prendre en charge les transitions, quel que soit le groupe de client ou l'établissement.

La formation de premier cycle en soins infirmiers doit mettre l'accent sur l'évaluation et la prise en charge efficaces des transitions des soins prodigués aux clients. Lors des évaluations des processus de planification des congés, Nosbusch et al. (2010) ont établi que le rôle des infirmières avait tendance à être invisible. Pour aider à se faire connaître en tant que membres utiles et dignes de confiance de l'équipe, les infirmières doivent augmenter leur visibilité en démontrant leurs compétences et leur savoir-faire en matière de coordination des soins et de préparation des clients pour les transitions. Les infirmières doivent comprendre leur rôle et leurs responsabilités au sein de l'équipe pluridisciplinaire et mettre ces comportements en pratique lors des interactions avec les clients, leur famille et leurs aidants, ainsi qu'avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire (Ellis, 2010; Kendall et Deacon-Crouch, 2007; Nosbusch et al., 2010; Ong et Coiero, 2011; Rhudy et al., 2008; RNAO, 2013; Yiu et al., 2011).

Pour que les professionnels de la santé bénéficient des connaissances, des compétences et des outils fondés sur les données probantes dont ils ont besoin pour l'évaluation et la prise en charge des transitions des soins prodigués aux clients, le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario suggère d'incorporer cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires, *Transitions des soins*, dans le curriculum pluridisciplinaire.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

6.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX RÈGLEMENTS

RECOMMANDATION 6.1 :

Établir les transitions des soins en tant que priorité stratégique dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux clients.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Les établissements qui ont à cœur la qualité et la sécurité doivent travailler avec leur propre personnel et leurs partenaires communautaires pour améliorer les processus internes et externes relatifs à la transition des soins à l'intérieur d'un établissement ou pour un prestataire de soins de santé, ou entre établissements ou prestataires (Agrément Canada, 2013). Les stratégies organisationnelles mises en évidence dans les données probantes mettent l'accent sur les structures et les processus qui appuient l'évaluation des clients et la prise en charge des transitions (voir les exemples à l'**annexe E**). L'établissement des transitions des soins en tant que priorité stratégique aidera les organisations à améliorer les processus qui soutiennent les transitions des soins sûres et efficaces et qui minimisent les risques relatifs aux résultats optimaux pour les clients.

L'efficacité de tout modèle de transitions des soins adopté par un établissement est fortement influencée par la culture et le leadership. Les établissements qui mettent en place les transitions des soins en tant que priorité stratégique aident leurs dirigeants à développer et à adopter des rôles et des responsabilités relatifs aux transitions des soins qui cadrent avec les recommandations présentées dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les rôles conçus pour la coordination de la planification de la transition doivent permettre une évaluation et une prise en charge efficaces du client, en plus d'inclure la responsabilité de répondre aux besoins du client en matière de soins (Foust, 2007; Parrish et al., 2009).

Les établissements qui mettent en place les transitions des soins en tant que priorité stratégique pour améliorer la sécurité et la qualité des soins prodigués aux clients doivent tenir compte de leurs caractéristiques uniques lorsqu'ils adoptent des structures ou des modèles qui visent à améliorer les transitions des soins. Parmi ces caractéristiques, on peut citer la population servie, les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe, les interactions entre ceux-ci, leurs valeurs et leurs convictions, les ressources disponibles et le réseau de partenaires (Martin, 2007). Chaque membre de l'établissement, ainsi que les partenaires externes, doit faire de l'amélioration des transitions des clients une priorité. L'établissement des transitions des soins en tant que priorité stratégique améliore l'élaboration d'une approche à l'échelle du système et encourage l'élaboration commune de stratégies d'amélioration telles que l'accès aux soins à l'intérieur des établissements et entre ceux-ci, des technologies compatibles et des pratiques normalisées en matière de documentation.

RECOMMANDATION 6.2 :

Fournir suffisamment de ressources humaines, matérielles et budgétaires et adopter des structures à l'échelle de l'organisation nécessaires pour appuyer l'équipe pluridisciplinaire lors des transitions des soins prodigués aux clients.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

La recherche sur les transitions des soins a cerné de nombreux types de structures à l'échelle de l'établissement qui améliorent la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire et la coordination des soins pendant les transitions (voir l'[annexe E](#) pour obtenir les structures utilisées dans les établissements pour soutenir les transitions des soins). Certaines de ces structures sont axées sur les adultes atteints de maladies chroniques, les adultes plus âgés ou les personnes qui ont des troubles de santé mentale; toutefois, elles possèdent des caractéristiques communes, telles que l'assignation d'une infirmière en tant que gestionnaire de cas, de gestionnaire clinique ou de chef du processus de transition, et la combinaison de visites à domicile guidées par les infirmières avec un suivi téléphonique après le congé de l'hôpital (Bauer et al., 2009; Callaghan, Eales, Coates, et Bowers, 2003; Cox et Wilson, 2003; Naylor et al., 2011).

Les répercussions de chaque structure de soutien qui est considérée comme améliorant les processus de transition des soins doivent être évaluées, y compris les ressources qu'il faudra pour les mettre en œuvre, puis pour qu'elles continuent à être utilisées avec le temps. Par exemple, les données probantes appuient le recours aux infirmières en tant que navigateurs, coordonnatrices des congés et liaisons pour cerner et transmettre les besoins des clients (Bowles, Foust, et Naylor, 2003; Nosbusch et al., 2010; Parker et al., 2004). Toutefois, ces fonctions nécessitent un mentorat et des partenariats parmi un réseau de membres de l'équipe pluridisciplinaire, tant au sein de l'établissement qu'à l'extérieur de celui-ci (Ehrlich, Kendall, et Muenchberger, 2011; Woodward, Abelson, Tedford, et Hutchison, 2004; Yau, Leung, Yeoh, et Chow, 2005). Lors de l'introduction de ces fonctions, un établissement doit tenir compte de ce qui est requis pour les pourvoir et les maintenir avec le temps (Fillion et al., 2012).

Parce que les établissements sont complexes, avec des clients différents et des équipes pluridisciplinaires différentes, il n'est pas possible de recommander l'adoption d'un seul soutien aux systèmes. Tout soutien aux systèmes choisi devrait avoir pour but d'améliorer la communication, la coordination et la continuité des soins, ainsi que d'assurer des résultats de qualité supérieure pour les clients. Toutefois, au fur et à mesure que les établissements passent aux données électroniques, de nombreux sites Web deviennent disponibles, contenant des outils et des ressources qui aident la coordination et la communication des soins prodigués aux clients avant, pendant et après une transition (voir l'[annexe F](#)).

RECOMMANDATION 6.3 :

Élaborer des politiques normalisées et des processus structurés à l'ensemble de l'organisation relativement à l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

La sécurité des clients lors des transitions des soins est améliorée lorsqu'un transfert des renseignements sur les médicaments plus exact et complet a lieu (Agrément Canada, 2013, 2014; ISMP Canada, 2012; Parker et al., 2004; Terrell et Miller, 2007). Les établissements doivent démontrer qu'ils ont mis en place un plan de mise en œuvre et de maintien des processus relatifs au bilan comparatif des médicaments dirigés par une équipe pluridisciplinaire (Agrément Canada, 2014).

Les établissements doivent avoir mis en place des politiques normalisées et des processus et modèles structurés pour guider les prestataires de soins de santé au travers des étapes systématiques requises pour obtenir le « meilleur schéma thérapeutique possible » pour le bilan comparatif des médicaments. Cela permet aux établissements de satisfaire les Pratiques organisationnelles requises (2014) d'Agrément Canada, dans le but : (a) d'élaborer une stratégie de partenariat avec les clients, leurs familles et leurs aidants, et au moins une autre source d'information (par exemple un médecin de premier recours ou un pharmacien) pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible; (b) cerner et résoudre les différentes, réduire le risque d'omission ou de double prescription de médicaments dans le dossier, ou de médicaments prescrits par erreur au point de transition des soins; et (c) consigner des renseignements à jour sur les médicaments et communiquer cette information (voir les recommandations 1.2, 3.3 et 3.4) (Agrément Canada, 2014; Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, 2012; ISMP Canada, 2012).

Dans le cadre des soins ambulatoires, à domicile et communautaires, Agrément Canada (2014) exige que les établissements identifient et consignent les types de clients pour lesquels un bilan comparatif des médicaments s'avère nécessaire (qui présentent un risque d'effets indésirables potentiels attribuables aux médicaments). Un outil d'évaluation des risques liés aux médicaments, qui permet d'identifier les clients à risque, est disponible dans la trousse de départ sur le bilan comparatif des médicaments de Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (voir la recommandation 3.3).

Agrément Canada (2014) exige également que les établissements définissent les rôles et les responsabilités relatives au bilan comparatif des médicaments, ainsi que des preuves de l'éducation fournie au personnel et aux prestataires de soins de santé chargés du processus. De nombreuses ressources sont disponibles pour améliorer le bilan comparatif des médicaments (voir l'**annexe F** pour une liste de sites Web sur le bilan comparatif des médicaments). Une de ces sources est l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui a fait de l'exactitude des médicaments lors de la transition une partie de son projet High 5s, lancé en 2006, et qui vise à encourager l'adoption à l'échelle mondiale de solutions normalisées pour la sécurité des clients. L'OMS propose aux établissements des protocoles d'exploitation standard qui visent à éviter les erreurs liées aux médicaments causées par des renseignements incomplets ou mal transmis. Des renseignements plus complets sur les protocoles d'exploitation standard relatifs au bilan comparatif des médicaments sont disponibles à l'adresse <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/index.html> (en anglais seulement).

RECOMMANDATION 6.4 :

Établir des systèmes à l'échelle de l'organisation pour la transmission des renseignements relatifs aux clients pendant les transitions des soins afin de satisfaire à toutes les exigences en matière de confidentialité, de sécurité et de réglementation prescrite par la loi.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Les établissements de soins de santé sont assujettis à des lois sur la protection de la vie privée qui exigent qu'ils élaborent et mettent en œuvre des politiques et des procédures qui permettent l'échange de renseignements sur le client tout en protégeant leur intimité et leur confidentialité. Par exemple, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé a été adoptée par l'Ontario pour établir un équilibre entre le droit des clients de protéger leur vie privée et la nécessité de transmettre les renseignements sur leur santé. La Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins s'adresse spécifiquement aux prestataires de soins de santé lorsqu'ils échangent des renseignements sur le client dans le but d'améliorer les soins dans le cadre d'un examen de la qualité des soins par un comité. Ces lois appuient l'élaboration par l'établissement de procédures et de politiques qui visent à aider les prestataires de soins de santé à échanger des renseignements de façon sûre et efficace pendant les transitions, tout en protégeant les droits à l'intimité et à la confidentialité du patient.

Une transition des soins comprend de nombreuses interactions qui nécessitent la communication de renseignements sensibles sur le client parmi un grand nombre de prestataires de soins de santé et d'établissements. Les infirmières communiquent de toutes sortes de façons – par exemple, verbalement, par voie électronique, par télécopieur et sur papier – lorsqu'elles préparent les clients en vue d'une transition, et elles sont chargées de s'assurer que la transmission de renseignements sur les clients par ces moyens respecte les exigences de la réglementation en matière de protection de la vie privée et de sécurité. De plus, tout échange de renseignements sur le client, quel que soit le moment (transferts de soins d'un quart de travail à l'autre, planification du congé, réunions avec le client, la famille et les aidants ou aiguillages vers les services communautaires) exige que l'infirmière respecte les règlements en matière de protection de la vie privée, de confidentialité et de sécurité pour l'échange sécuritaire de renseignements sur le client (OIIO, 2009a). Les infirmières doivent également respecter les politiques et les pratiques de leur établissement, ainsi que leurs normes professionnelles quant à la gestion, la circulation et l'échange des renseignements sur le client pendant une transition des soins.

De plus, le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommande qu'une personne au sein de l'établissement soit désignée en tant que principale personne-ressource pour les infirmières et les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui ont des questions à poser concernant la confidentialité et la protection de la vie privée lorsqu'ils transmettent les renseignements sur le client au point de transition des soins.

RECOMMANDATION 6.5 :

Inclure la transition des soins dans la mesure du rendement de l'établissement afin de soutenir les initiatives d'amélioration de la qualité des résultats pour les clients et du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

L'amélioration de la qualité des soins et de la responsabilisation pendant les transitions nécessite des rapports obligatoires par les établissements de leur performance par rapport à des mesures normalisées (AMDA, 2010; Naylor et al., 2011). Toutefois, l'accent mis sur les transitions des clients est relativement nouveau lors de la mesure de la performance dans les soins de santé. Le processus est difficile à évaluer en raison des différentes populations de clients, des différents types de transitions (par exemple entre le domicile et un établissement de soins de longue durée, ou entre les soins actifs et les soins communautaires) et du point du continuum des soins où il se produit (AMDA, 2010).

En Ontario, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* (MSSLD, 2010), disponible à l'adresse <http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/ecfa/default.aspx/>, exige que les hôpitaux et les prestataires de soins de santé évaluent l'expérience du client en matière de soins, mettent l'accent sur l'amélioration continue de la qualité, veillent à ce que le client reste au centre du système de santé et s'assurent que les décisions en matière de soins sont fondées sur les meilleures données probantes et normes disponibles. La Loi stipule également que les hôpitaux et les prestataires de soins de santé doivent mettre en œuvre des plans d'amélioration de la qualité de la prestation des soins et du rendement. Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette Loi et les plans d'amélioration de la qualité, un document d'orientation pour les hôpitaux de l'Ontario est disponible à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/qualityimprove/qip_guide.pdf. Les plans d'amélioration de la qualité doivent être guidés par une évaluation des résultats pour le client, y compris la manière dont l'équipe pluridisciplinaire fonctionne et contribue à ces résultats.

Les plans doivent être renseignés par des sondages sur la satisfaction des clients, des employés et des fournisseurs de services avec les processus de soins de l'établissement. Ils doivent contenir des objectifs d'amélioration du rendement et des indicateurs permettant de mesurer une transition de soins du point de vue du client, de sa famille et de ses aidants (AMDA, 2010; Kelly, 2011). D'autres indicateurs de la qualité devraient mesurer les résultats sur la santé, la qualité de vie, la perception

des soins, le recours aux ressources et aux systèmes d'aiguillage et d'information, ainsi que les coûts associés aux transitions de soins inefficaces (par exemple, les réadmissions) (Naylor, 2002). Par exemple, dans son rapport *Optimizing Communication about Medications at Transitions of Care in Ontario* (2010), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada recommande que les équipes de santé familiale intègrent le bilan comparatif des médicaments à leurs plans d'amélioration de la qualité et mesurent l'influence du bilan comparatif des médicaments sur les résultats, tels que les réadmissions à l'hôpital. À l'échelle internationale, le projet High 5s de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (voir la recommandation 6.3) suggère d'évaluer toute nouvelle solution normalisée pour la sécurité des clients, y compris le bilan comparatif des médicaments. Il propose l'approche suivante de l'évaluation du bilan comparatif des médicaments :

- Recourir à une politique normalisée, ainsi qu'à un processus et des mesures des résultats structurés pour examiner le rendement de l'hôpital avec le temps en ce qui concerne la collecte et la transmission de renseignements relatifs aux médicaments et la détection et le rapprochement des différences, pour ensuite comparer les observations avec celles d'autres hôpitaux;
- Procéder à des analyses détaillées des réactions indésirables aux médicaments, le cas échéant;
- Recueillir des renseignements qualitatifs sur les processus liés au bilan comparatif des médicaments, par observation directe et entrevues auprès de la direction et du personnel (voir l'[annexe F](#) pour obtenir le lien sur le site Web de l'OMS vers la feuille de renseignements sur le protocole d'exploitation standard qui présentent les paramètres d'évaluation du bilan comparatif des médicaments).

Le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire est également essentiel pour assurer la continuité des soins et les résultats optimaux pour le client lors d'une transition (van Servellen, Fongwa, et D'Errico, 2006). Par conséquent, les initiatives d'amélioration de la qualité devraient évaluer l'efficacité de la coordination et de la communication au sein de l'équipe. Le rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, *Améliorer le continuum des soins* (2010), indique que l'amélioration des transitions et l'optimisation des résultats pour les clients nécessite l'évaluation des éléments suivants :

- L'éducation du client sur la transition et sa capacité à s'occuper de lui-même à domicile;
- Les processus de planification du congé de l'hôpital;
- La communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire;
- Un suivi dans la communauté en temps voulu.



Lacunes relatives à la recherche et implications futures

En examinant les données probantes pour cette édition de la ligne directrice, le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a identifié les domaines suivants comme étant prioritaires pour la recherche (voir le tableau 3). Ils sont classés dans quelques groupes généraux, à savoir la pratique, les résultats et la recherche sur le système de santé.

Tableau 3. Domaines prioritaires pour la pratique, les résultats et la recherche sur le système de santé

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Recherche sur la pratique	Approches efficaces du bilan comparatif des médicaments pour différents établissements.
	Les connaissances et les compétences requises pour améliorer la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire aux points de transition des soins.
	Pratiques de l'équipe pluridisciplinaire qui optimisent la circulation d'information pendant les transferts de soins.
	Stratégies d'éducation qui optimisent les connaissances du client et sa préparation à l'autogestion à un point de transition des soins.
	Les profils et les caractéristiques de résidents d'établissements de soins de longue durée qui sont admis de nouveau dans des services d'urgence.
	L'effet sur la continuité des soins des systèmes électroniques de documentation dotés d'outils intégrés relatifs aux transitions.

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Recherche relative aux résultats	Les interventions qui optimisent la satisfaction des clients et les résultats sur la santé aux points de transition des soins.
	Les interventions avant, pendant et après une transition, qui évitent les réadmissions ou les transferts inappropriés de résidents entre un établissement de soins de longue durée et un service d'urgence.
	Le caractère généralisable du cadre « Timing it Right » (Cameron et Gignac, 2008) chez les populations de clients qui n'ont pas subi un AVC.
	Les pratiques exemplaires pour les organisations, qui optimisent les résultats pour les clients aux points de transition non conventionnels.
	Les modèles, les systèmes, les structures et les cultures de l'organisation qui améliorent la prise en charge des transitions par l'équipe pluridisciplinaire.
	Les outils valides et faibles qui optimisent la coordination et la communication d'information aux points de transition des soins.
	Les modèles de soins ou structures de soutien qui favorisent la continuité des soins aux points de transition des soins.
Recherche relative au système de santé	Les définitions opérationnelles pour a) les points de transition des soins de qualité supérieure, et b) les mesures du rendement utilisées pour mesurer les résultats aux points de transition des soins.
	Les structures du système de santé qui soutiennent la gestion des cas des clients complexes avant, pendant et après une transition des soins.
	Les effets des systèmes électroniques sur la communication et le transfert des renseignements sur le client aux points de transition des soins.

Bien qu'elle ne soit pas complète, cette liste constitue une tentative d'identifier et de classer la recherche requise dans ce domaine. Bon nombre de nos recommandations sont fondées sur les données probantes quantitatives et qualitatives issues de la recherche. D'autres recommandations sont fondées sur des consensus ou des avis d'experts. D'autres travaux de recherche de fond sont nécessaires pour que les avis d'experts puissent être validés. De meilleures données probantes permettront une amélioration de la pratique et des résultats pour les clients pendant une transition des soins.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de la ligne directrice au chevet du patient est multidimensionnelle et stimulante à tous les niveaux : la sensibilisation aux lignes directrices et leur distribution ne suffisent pas à convaincre les gens de changer leur pratique. Les lignes directrices doivent être adoptées pour chaque établissement de manière systématique et participative, afin de s'assurer que les recommandations conviennent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers & Hoek, 2013). La *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (RNAO, 2012b) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) procure un processus fondé sur les faits qui permet d'y parvenir.

La *Trousse* est fondée sur les données émergentes que l'adoption réussie des pratiques exemplaires dans les soins de santé est plus probable dans les situations suivantes :

- les dirigeants de tous les niveaux se sont engagés à appuyer la mise en œuvre de la ligne directrice;
- les lignes directrices à mettre en œuvre sont sélectionnées dans le cadre d'un processus systématique et participatif;
- les intervenants pour qui la ligne directrice est pertinente sont identifiés et participent à la mise en œuvre;
- la préparation environnementale est évaluée avant la mise en œuvre des lignes directrices;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles à l'utilisation de la ligne directrice et les éléments qui en facilitent l'utilisation sont évalués et abordés;
- des interventions visant à favoriser l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée et soutenue systématiquement;
- l'évaluation des répercussions de la ligne directrice est intégrée au processus;
- des ressources suffisantes sont disponibles pour effectuer tous les aspects de la mise en œuvre.

La *Trousse* (RNAO, 2012b) utilise le modèle « des connaissances à l'action » (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) qui démontre les étapes du processus requises pour l'obtention et la synthèse des connaissances. Elle guide également l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que la mise en œuvre. Le cadre propose d'identifier et d'utiliser des outils relatifs aux connaissances, tels que les lignes directrices, pour identifier les lacunes et amorcer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances à l'établissement local.

La RNAO s'est engagée à assurer un déploiement et une mise en œuvre à grande échelle des lignes directrices. Pour ce faire, nous avons recours à une approche coordonnée de la diffusion, qui incorpore différentes stratégies, y compris le réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers, qui développe la capacité de chaque infirmière à favoriser la sensibilisation, la connaissance et l'adoption des LDPE, ainsi que la désignation d'« organisation phare pour les pratiques exemplaires » (BPSO®), qui appuie la mise en œuvre au niveau de l'organisation et du système. Les BPSO travaillent essentiellement pour la création de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO. De plus, nous proposons tous les ans des instituts d'apprentissage sur différentes lignes directrices et leur mise en œuvre afin de renforcer les capacités (RNAO, 2012b).

Vous trouverez des renseignements concernant nos stratégies de mise en œuvre aux endroits suivants :

- Réseau de champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de la RNAO : <http://rnao.ca/bpg/bpso>
- Les instituts de renforcement des capacités de la RNAO et les autres occasions de perfectionnement professionnel : <http://rnao.ca/events>
- Les modèles d'ordonnances en soins infirmiers^G de la RNAO en tant qu'outil de facilitation de la mise en œuvre des LDPE; prière d'envoyer un courriel à BNOS@rnao.ca.

Évaluation et surveillance de cette ligne directrice

Au fur et à mesure que vous mettez en œuvre les recommandations présentées dans cette ligne directrice, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous en surveillerez et évaluerez la mise en œuvre et les répercussions.

Le tableau 4 est fondé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (RNAO, 2012b) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et résume quelques indicateurs proposés relativement à la surveillance et à l'évaluation de cette ligne directrice.

TABLEAU 4. Indicateurs de la structure, du processus et des résultats pour la surveillance et l'évaluation de cette ligne directrice

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Objectifs	Évaluer les soutiens au sein de l'organisation qui permettent aux infirmières et à l'équipe pluridisciplinaire d'intégrer à leur pratique les pratiques exemplaires associées aux points de transition des soins.	Évaluer les changements de la pratique qui entraînent de meilleurs résultats pour les clients aux points de transition des soins.	Évaluer les répercussions de la mise en œuvre des recommandations présentées dans la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.
Système	Structures du système en place pour soutenir les établissements et les prestataires de soins de santé pour favoriser des transitions sûres et efficaces pour les clients, à l'intérieur d'un établissement ou entre les établissements, telles que les dispositions législatives.	Des processus à l'échelle du système sont mis en œuvre pour soutenir les transitions dans un seul établissement ou pour un seul prestataire de soins, ou entre établissements ou prestataires.	<ul style="list-style-type: none"> ■ % des événements indésirables associés aux points de transition des soins ■ % des coûts associés à l'inefficacité des points de transition des soins, en raison de la duplication des tests de diagnostic et des traitements ■ % des taux de réadmission attribuables aux processus de transition inefficaces

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Établissement	<p>Les structures organisationnelles soutiennent les transitions des clients à l'intérieur d'un établissement ou pour un prestataire de soins, ou entre établissements ou prestataires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mécanismes de communication et de circulation de l'information en place ■ Disponibilité de personnel désigné pour aider lors des transitions des clients, pour assurer la continuité des soins ■ Disponibilité d'éducation ou de formation pour la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire aux points de transition des soins 	<p>L'établissement a adopté et mis en œuvre des politiques et des procédures pour guider les transitions des soins.</p> <p>L'établissement fournit aux professionnels de la santé de tous les niveaux des programmes appropriés de formation et d'éducation en cours d'emploi sur la gestion des points de transition des soins.</p> <p>L'établissement a recours à un formulaire ou une approche standard pour fournir les renseignements essentiels sur le client aux entités destinataires aux points de transition des soins.</p> <p>L'établissement a mis en place des systèmes, des structures et des processus pour que la documentation des renseignements essentiels sur le client (tels que les états de santé ou les problèmes, les allergies, la taille, le poids, les signes vitaux, le profil de médicaments, les directives préalables de soins) et l'accès à ceux-ci soient disponibles de façon routinière et envoyés lors de la transition (par exemple, lors d'un transfert vers un établissement de soins de longue durée).</p> <p>L'établissement a mis en place des règlements relatifs au transfert des renseignements sur le client pour assurer leur protection et leur confidentialité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ % de points de transition des soins multiples évitables ■ % de réadmissions évitables en raison de complications ou d'événements indésirables après la sortie de l'hôpital ■ % des coûts associés aux réadmissions ■ % de duplication des tests de diagnostic et des traitements ■ % des événements indésirables aux points de transition des soins associés à un mauvais bilan comparatif des médicaments ■ % des atteintes à la vie privée et à la confidentialité des renseignements aux points de transition des soins ■ % de personnel qui suit une formation sur les points de transition des soins ■ % des incidents critiques ayant trait au manque d'information, de communication ou de documentation d'états et de problèmes de santé critiques, d'allergies, de médicaments, de directives préalables de soins (par exemple, ne pas ressusciter) aux points de transition des soins ■ % satisfait des tests de conformité d'Agrément Canada relatifs à la communication et aux bilans comparatifs des médicaments

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Infirmière	Des programmes de formation sont en place, relativement à l'adoption et à l'utilisation optimisée des pratiques exemplaires pour la prise en charge des points de transition du client.	Le personnel infirmier et le personnel désigné comme étant responsable de la prise en charge des points de transition des soins suivent une formation et une éducation.	<ul style="list-style-type: none"> ■ % d'infirmières ayant suivi une formation et une éducation sur les concepts, les politiques et les procédures, ainsi que sur les systèmes de documentation pour la prise en charge des points de transition des soins ■ % des infirmières satisfaites de l'expérience en planification et de la qualité des interactions et de la collaboration parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui prennent part aux processus de transition des soins
Client	Des programmes d'éducation sont disponibles pour aider les clients, leur famille et leurs aidants à prendre en charge les besoins en matière de soins aux points de transition.	<p>Les clients reçoivent de l'information et une formation verbale, ainsi que des renseignements écrits de suivi, en fonction de leurs besoins aux points de transition des soins, concernant les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments ■ Autogestion ■ Suivi auprès des prestataires de soins de santé ■ Signes et symptômes qui indiquent quand consulter un prestataire de soins de santé pour obtenir de l'aide <p>La capacité de la famille et des aidants à prendre en charge les soins du client après la sortie de l'hôpital est évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ % de clients qui ont bénéficié d'une évaluation des besoins avant leur sortie de l'hôpital ■ % de clients dont les renseignements à la sortie de l'hôpital sont remplis sur un sommaire de sortie (sous forme électronique, écrite ou verbale) afin de permettre une transition réussie vers un autre établissement ou d'autres prestataires de soins de santé ■ % de clients qui possèdent un plan de transition documenté incorporé dans le plan de soins ■ % de clients satisfaits des processus de transition ■ % de clients qui prennent en charge leurs propres soins en matière de : <ul style="list-style-type: none"> ● liste de médicaments ● rendez-vous de suivi ● signes et symptômes avertisseurs à reconnaître et pour lesquels demander de l'aide ■ % de clients qui demandent de l'aide pour les signes et symptômes avertisseurs

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
			<ul style="list-style-type: none"> ■ % des clients, des familles et des aidants renseignés sur chaque stade du processus de transition ■ % du temps total consacré à l'éducation du client, de sa famille et de ses aidants lors des rencontres avec l'équipe pluridisciplinaire ■ % des clients dont la sécurité est identifiée comme étant à risque au point de transition ■ % des clients qui ont déclaré être satisfaits de leur qualité de vie lors de la transition ■ % des clients qui ont déclaré être satisfaits de la transition des soins ■ % des incidents liés aux médicaments attribuables à un bilan comparatif des médicaments inadéquat lors de la transition ■ % de clients admis de nouveau 30 jours ou moins après la transition (inclut les visites à l'hôpital et à la salle d'urgence)
Coûts financiers	Mécanisme en place pour évaluer les coûts de la prise en charge de la transition des clients (par exemple, coordonnateur de cas, navigateur, infirmière en pratique avancée qui agit à titre de coordonnatrice des transitions, planificateur des sorties de l'hôpital)	Coûts budgétaires annuels pour : <ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel de soutien des transitions des clients ■ Équipement pour les clients ■ Outils pour permettre la communication et la pratique (tels que les évaluations, les modèles d'ordonnances de soins infirmiers, les plans de soins) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ % des coûts relatifs aux autres niveaux de soins et à la durée du séjour attribuables aux retards aux points de transition des soins ■ % des réadmissions à l'hôpital (inclut les visites à la salle d'urgence) à partir d'un établissement de soins de longue durée dans les 30 jours qui suivent une transition ■ % des coûts associés aux effets défavorables pour le client après les transitions des soins

Autres ressources de la RNAO pour l'évaluation et la surveillance des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Des indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation ou NQuIRE®) ont été désignés pour les organisations phares pour les pratiques exemplaires (BPSO®) de la RNAO dans le but de procéder de façon systématique à une surveillance des progrès et une évaluation des résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO au sein de leurs organisations. NQuIRE® est la première initiative internationale d'amélioration de la qualité en son genre, qui consiste en une base de données d'indicateurs de la qualité dérivés des recommandations présentées dans certaines lignes directrices sur la pratique clinique de la RNAO. Pour obtenir de plus amples informations, rendez-vous à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.
- Une évaluation objective peut être réalisée par l'entremise d'un examen régulier des modèles d'ordonnances de soins infirmiers (un groupe d'interventions fondées sur les données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers) et leur effet sur les résultats sur la santé du client. Les modèles d'ordonnances de soins infirmiers incorporés dans les systèmes d'information clinique simplifient ce processus, grâce à la saisie électronique des données. Pour obtenir de plus amples informations, rendez-vous à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>.



Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'engage à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires comme indiqué ci-dessous :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine tous les cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel affecté au Programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires surveillera régulièrement la publication de nouveaux examens systématiques, d'essais comparatifs randomisés, et d'autres ouvrages pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de cette surveillance, le personnel pourrait recommander une révision plus rapide. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre au groupe d'experts, lequel sera formé de membres du groupe initial et d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus et des questions rencontrées pendant l'étape de mise en œuvre, y compris les commentaires et les expériences des organisations phares pour les pratiques exemplaires et des autres sites de mise en œuvre au sein des établissements.
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique^G dans le domaine et examen systématique des données probantes.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus pour l'élaboration de la nouvelle édition de la ligne directrice.
5. La nouvelle édition de la ligne directrice élaborée sera diffusée selon les structures et les processus établis.



Liste de références bibliographiques

Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients, et Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. (2012). *Medication Reconciliation in Canada: Raising the Bar – Progress to date and the course ahead*. Ottawa, ON : Agrément Canada. Consulté à l'adresse <http://www.ismp-canada.org/download/MedRec/20121101MedRecCanadaENG.pdf>

Agrément Canada. (2013). *Safety in Canadian health care organizations: A focus on transitions in care and Required Organizational Practices*. Consulté à l'adresse <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/char-2013-en.pdf>

Agrément Canada. (2014). *Required Organizational Practices 2014*. Consulté à l'adresse <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-en.pdf>

American Medical Directors Association (AMDA). (2010). *Transitions of Care in the Long-Term Care Continuum Clinical Practice Guideline*. Columbia, MD : AMDA.

Anderson, M. A., Helms, L. B., et Kelly, N. R. (2004). Realigning the communication paradigm in nursing case management. *Case Management Journals*, 5(2), 67-72.

Arora, V.M., Manjarrez, E., Dressler, D.D., Basavlah, P., Halasyamani, L., et Kripalani, S. (2009). Hospitalist handoffs: A systematic review and task force recommendations. *Journal of Hospital Medicine*, 4(7), 433-440.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013b). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006a). *Client Centred Care*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006b). *Establishing Therapeutic Relationships*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006c). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010a). *Enhancing Healthy Adolescent Development*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010b). *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating Client Centred Learning*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (2^e éd.)*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2013a). *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing Patient, Organizational, and Systems Outcomes*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Atwal, A., et Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 360-367.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., et Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Baker-McCleary, D., et Carmel, S. (2008). Impact of critical care outreach services on the delivery and organization of hospital care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3), 152-157.

Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., et Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539-2546.

Bench, S., et Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge: A metasynthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 487-499.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., et Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E., et Chaboyer, W. (2010). Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review. *International Emergency Nursing*, 18(4), 210-220.

Bowles, K. H., Foust, J. B., et Naylor, M. D. (2003). Hospital discharge referral decision making: A multidisciplinary perspective. *Applied Nursing Research*, 16(3), 134-143.

Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L., pour le AGREE Next Steps Consortium (2010). *AGREEII: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. Consulté à l'adresse <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>

Brown, J. B., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., et Kasperski, M. J. (2009). Mechanisms for communicating within primary health care teams. *Canadian Family Physician*, 55(12), 1216-1222.

Byrne, K., Orange, J. B., et Ward-Griffin, C. (2011). Care transition experiences of spousal caregivers: From a geriatric rehabilitation unit to home. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1371-1387.

Caffin, C. L., Linton, S., et Pellegrini, J. (2007). Introduction of a liaison nurse role in a tertiary pediatric ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 226-233.

- Callaghan, P., Eales, S., Coates, T., et Bowers, L. (2003). A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 155-165.
- Cameron, J. I., et Gignac, M. A. M. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70, 305-314. Consulté à l'adresse http://strokestrategy.ab.ca/Cameron_PEC_2008.pdf
- Chaboyer, W., Foster, M. M., Foster, M., et Kendall, E. (2004). The Intensive Care Unit liaison nurse: Towards a clear role description. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(2), 77-86.
- Chaboyer, W., Lin, F., Foster, M., Retallick, L., Panuwatwanich, K., et Richards, B. (2012). Redesigning the ICU nursing discharge process: A quality improvement study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(1), 40-48.
- Chevalier, B. A. M., Parker, D.S., MacKinnon, N. J., et Sketris, I. (2006). Nurses' perceptions of medication safety and medication reconciliation practices. *Nursing Leadership*, 19(3), 57-67.
- Chhabra, P. T., Rattinger, G. B., Dutcher, S. K., Hare, M. E., Parsons, K. L., et Zuckerman, I.H. (2012). Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(1), 60-75.
- Chiu, W. K., et Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transitions outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 12(6), 330-336.
- Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle, M.-E., et Petrie, E. (2009). The PACT Project: Improving communication at handover. *Medical Journal of Australia*, 190(11), S125-127.
- Clarke, C. M., et Persaud, D. O. (2011). Leading clinical handover improvement: A change strategy to implement best practices, in the acute care setting. *Journal of Patient Safety*, 7(1), 11-18.
- Codde, J., Arendts, G., Frankel, J., Ivey, M., Reibel, T., Bowen, S., et Babich, P. (2010). Transfers from residential aged care facilities to the emergency department are reduced through improved primary care services: An intervention study. *Australasian Journal on Ageing*, 29(4), 150-154.
- Coleman, E. A., et Boulton, C. (2003). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 556-557. Consulté à l'adresse <http://www.caretransitions.org/definitions.asp>
- Collins, S. A., Stein, D. M., Vawdrey, D. K., Stetson, P. D., et Bakken, S. (2011). Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(4), 704-712.
- Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables. (2010). *Enhancing the continuum of care*, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 1-51. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.aspx

Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/Reports.aspx>

Cox, K., et Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: Nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 51-61.

Crilly, J., Chaboyer, W., et Wallis, M. (2006). Continuity of care for acutely unwell older adults from nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 122-134.

Dedhia, P., Kravet, S., Bulger, J., Hinson, T., Sridharan, A., Kolodner, K., ... Howell, E. (2009). A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1540-46.

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2011a). *Medication Reconciliation in Acute Care, Getting Started Kit*. Consulté à l'adresse <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Pages/resources.aspx>

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2011b). *Medication Reconciliation in Home Care, Getting Started Kit*. Consulté à l'adresse <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Pages/resources.aspx>

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2012). *Medication Reconciliation in Long Term Care, Getting Started Kit*. Consulté à l'adresse <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Pages/resources.aspx>

Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., et Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-78.

Efrainsson, E., Sandman, P. O., Hyden, L. C., et Rasmussen, B. H. (2004). Discharge planning: 'Fooling ourselves?' – Patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5), 562-570.

Ehrlich, C., Kendall, E., et Muenchberger, H. (2011). Practice-based chronic condition care coordination: Challenges and opportunities. *Australian Journal of Primary Health*, 17(1), 72-78.

Ellis, J. M. (2010). Psychological transition into a residential care facility: Older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1159-1168.

Endacott, R., Elliott, S., et Chaboyer, W. (2009). An integrative review and meta-synthesis of the scope and impact of intensive care liaison and outreach services. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3225-3236.

Enguidanos, S., Gibbs, N., et Jamison, P. (2012). From hospital to home: A brief Nurse Practitioner intervention for vulnerable older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(3), 40-50.

Field, M., et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.

Fillion, L., Cook, S., Veillette, A-M., deSerres, M., Aubin, M., Rainville, F., ... Doll, R. (2012). Professional navigation framework: Elaboration and validation in a Canadian context. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E58-E69.

- Finn, K. M., Heffner, R., Chang, Y., Bazari, H., Hunt, D., Pickell, K., ... Karson, A. (2011). Improving the discharge process by embedding a discharge facilitator in a resident team. *Journal of Hospital Medicine*, 6(9), p. 494-500.
- Fleiss, J. L., Levin, B., et Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions (3e éd.)*. New York : John Wiley & Sons.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Consulté à l'adresse www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition
- Foust, J. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20(2), 72-77.
- Gerven, E. V., Vanhaecht, K., Deneckere, S., Vleugels, A., et Sermeus, W. (2010). Management challenges in care pathways: Conclusions of a qualitative study within 57 health-care organizations. *International Journal of Care Pathways*, 14(4), 142-149.
- Hadjistavropoulos, H. D., Garratt, S., Janzen, J. A., Bourgault-Fagnou, M. D., et Spice, K. (2009). Development and evaluation of a Continuity of Care Checklist for improving orthopedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopedic Nursing*, 13(4), 183-193.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B. et Hoek, J. v. d. (2013). Adapting knowledge to local context, in Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice (éditeurs : S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, Royaume-Uni. doi: 10.1002/9781118413555.ch10
- Hastings, S. N., et Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency medicine*, 12(10), 978-986.
- Health Care Innovation Workgroup. (2012). *From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. p. 14. Consulté à l'adresse <http://www.councilofthefederation.ca/keyinitiatives/Healthcare.html>
- Helleso, R., et Lorensen, R. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807-822.
- Herndon, L., Bones, C., Bradke, P., et Rutherford, P. (2013). *How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Skilled Nursing Facilities to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement; June 2013. Disponible à l'adresse : www.IHI.org
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), en collaboration avec CSHP, division de l'Ontario. (2010). *Optimizing Communication about Medications at Transitions of Care in Ontario*. Consulté à l'adresse <http://www.ismp-canada.org/medrec/>
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP Canada). (2012). *Medication Reconciliation*. Consulté à l'adresse <http://www.ismp-canada.org/medrec/>

- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A.E., ...Culpepper, L. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187.
- Johnson, A., Sandford, J., et Tyndall, J. (2008). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-15.
- Joint Commission. (2010). *Improving Communication During Transitions of Care*. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources.
- Kelly, M. D. (2011). Self-management of chronic disease and hospital readmission: A care transition strategy. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(1), 4-11.
- Kendall, S., et Deacon-Crouch, M. (2007). Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(4), 173-179.
- Kerr, M. P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 125-134.
- Kim, Y. J., et Soeken, K. L. (2005). A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nursing Research*, 54(4), 255-264.
- LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., et Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: A systematic review. *JAGS*, 58(4), 777-782.
- Latour, C. H., van der Windt, D. A., de Jonge, P., Riphagen, I. I., de Vos, R., Huysse, F. J., et Stalman, W. A. B. (2007). Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 385-395.
- Laugaland, K. Aase, K., et Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – A review of the evidence. *Work*, 41(1), 2915-2924.
- Lee, T., Ko, I., Lee, I., Kim, E., Shin, M., Roh, S., Yoon, D., ...Chang, H. (2011). Effects of nurse navigators on health outcomes of cancer patients. *Cancer Nursing*, 34(5), 376-384.
- Lindsay, M. P., Gubitz, G., Bayley, M., Hill, M. D., Davies-Schinkel, C., Singh, S., et Phillips, S. Au nom du Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. (2010). *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Version mise à jour en 2010)*. Ottawa, Ontario (Canada) : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.
- Malcolm, J., Arnold, O., Howlett, J. G., Ducharme, A., Ezekowitz, J. A., Gardner, M. J., ... White, M. (2008). Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference Guidelines On Heart Failure – 2008 Update: Best Practices for the Transition of Care of Heart Failure Patients, and the Recognition, Investigation and Treatment of Cardiomyopathies. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(1), 21-40.
- Martin, M. L. (2007). Integrating evidence-based research intervention in the discharge of mental health clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 101-111.

- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S.,...Owens, D. K. (2007). Care Coordination. Volume 7 de : Shojania, K. G., McDonald, K. M., Wachter, R. M., Owens, D.K., (éditeurs). *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Technical review 9 (préparé par le Stanford University-UCSF Evidence-Based Practice Center dans le cadre du contrat 290-02-0017)*. Publication de l'AHRQ n° 04(07)-0051-7. Rockville, Maryland : Agency for Healthcare Research and Quality.
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., et Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 261-269.
- McMurray, A., Chaboyer, W., et Wallis, M. (2010). Implementing bedside handover: Strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2580-2589.
- McSweeney, M. E., Lightdale, J. R., Vinci, R. J., et Moses, J. (2011). Patient handoffs: Pediatric resident experiences and lessons learned. *Clinical Pediatrics*, 50(1), 57-63.
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2^e édition). New York : Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). (1996). Health Care Consent Act. Consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). (2010). *The Excellent Care for All Act (ECFAA)*. Consulté à l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/pro/legislation/>
- Mistiaen, P., et Poot, E. (2008). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-118.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339:b2535.
- Morales-Asencio, J. M., Gonazalo-Jimenez, E., Martin-Santos, F. J., Morilla-Herrera, J. C., Celdraan-Manas, M., Millan Carrasco, A.,...Toral-Lopez, I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care: A quasi experimental, controlled multi-centre study. *BioMed Central*, 8, 1-13.
- Munoz-Solomando, A., Townley, M., et Williams, R. (2010). Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: Lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 311-317.
- Murray, L. M., et Laditka, S. B. (2009). Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: Implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. *Journal of the American Directors Association*, 11(4), 231-238.
- Nagpal, K., Arora, S., Abboudi, M., Vats, A., Wong, H.W., Manchanda, C., ... Moorthy, K. (2010). Postoperative handover: Problems, pitfalls, and prevention of error. *Annals of Surgery*, 252(1), 171-176.
- National Transitions of Care Coalition (NTOCC) Measures Work Group. (2008). *Transitions in care measures. 1-11*. Consulté à l'adresse http://www.ntocc.org/Portals/0/TransitionsOfCare_Measures.pdf

Naylor, M. D. (2002). Transitional care of older adults. *Annual Review of Nursing Research*, 20, 127-147.

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., et Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-54.

Nosbusch, J. M., Weiss, M. E., et Bobay, K. L. (2010). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 754-774.

Ong, M., et Coiera, E. (2011). A systematic review of failures in handoff communication during intra-hospital transfers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(6), 274-284.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009a). *Confidentiality and Privacy – Personal Health Information*. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009b). *Ethics*. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009c). *Transferring Clients Safely: Know Your Client and Know Your Team*. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/Global/docs/policy/TransferringClientsSafelyApril2009.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2011). *RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment*. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2013a). *Consent*. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2013b). *Therapeutic nurse-client relationship*, révisé en 2006. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/> (ouvrage initialement publié en 1999; réimprimé en 2008).

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2008). *Documentation*. Toronto : Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *High 5s Project*. Consulté à l'adresse <https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report, janvier 2009*. Consulté à l'adresse http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Parker, S. G., Lee, S. D., & Fadayeatan, R. (2004). Co-ordinating discharge of elderly people from hospital to the community. *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 8, 332-224.

- Parrish, M. M., O'Malley, K., Adams, R. I., Adams, S. R., et Coleman, E. A. (2009). Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. *Professional Case Management*, 14(6), 282-293.
- Perren, A., Conte, P., DeBitonti, N., Limoni, C., & Merlani, P. (2008). From the ICU to the ward: Cross-checking of the physician's transfer report by intensive care nurses. *Intensive Care Medicine*, 34(11), 2054-2061.
- Personal Health Information Act (2014). Consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_04p03_e.htm
- Popejoy, L. L. (2011). Complexity of family caregiving and discharge planning. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 61-81
- Quality of Care Information Protection Act (2004). Consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04q03_f.htm
- Rhudy, L. M., Holland, D. E., et Bowles, K. H. (2008). Illuminating hospital discharge planning: Staff nurse decision making. *Applied Nursing Research*, 23(4), 198-206.
- Richards, S., et Coast, J. (2003). Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(3), 171-179.
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., et Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
- Rydeman, I., et Tornkvist, L. (2010). Getting prepared for life at home in the discharge process – from the perspective of the older persons and their relatives. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 254-264.
- Santé Canada. (2006). *Advance care planning: The Glossary Project: Final report*. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>
- Schall, M., Coleman, E., Rutherford, P., et Taylor, J. (2013). *How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to the Clinical Office Practice to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement; June 2013. Disponible à l'adresse : www.IHI.org.
- Scott, I. A. (2010). Preventing the rebound: Improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34(4), 445-451.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A National Clinical Guideline*. Édimbourg, Écosse : Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 1-101. Publication SIGN : n° 118.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2012). *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*. Consulté à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D.K.,...Mark, J.A. (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia-Analgesia*, 115(1), 102-115.

Sevin, C., Evdokimoff, M., Sobolewski, S., Taylor, J., Rutherford, P., et Coleman, E. A. (2013). *How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Home Health Care to Reduce Avoidable Rehospitalizations*. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement; June 2013. Disponible à l'adresse : www.IHI.org

Sheppard, S., McClaran, J., Phillips, C. O., Lannin, N.A., Clemson, L. M., McCluskey, A.,...Barras, S. L. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-51.

Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: Are the parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Network*, 28(4), 237-246.

Snow, V., Beck, D., Budnitz, T, Miller, D. C. Potter, J., Wears, R. L., ... Williams, M. V. (2009). Transitions of Care Consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *Journal of Hospital Medicine*, 4(6), 364-370. Consulté à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.510>

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et Brand, H. (2012). European Health Literacy Project. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *Bio Med Central, Public Health*. 13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Staggers, N., et Jennings, B. M. (2009). The content and context of change of shift report on medical and surgical units. *The Journal of Nursing Administration*, 39(9), 393-398.

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In : S. Straus, J. Tetroe et I.D. Graham (éditeurs). *Knowledge translation in health care* (p. 151-159). Oxford, R.-U. : Wiley-Blackwell

Terrell, K. M., et Miller, D. K. (2007). Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments. *Annals of Long-Term Care*, 15(2), 33-38.

The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [mise à jour en mars 2011]. éditeurs J. P. T. Higgins, et S. Green. Consulté à l'adresse www.cochrane-handbook.org

Trachtenberg, M., et Ryvicker, M. (2011). Research on transitional care: From hospital to home. *Home Healthcare Nurse*, 29(10), 645-651.

Van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., et Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventative home visits to elderly people living in the community: Systematic Review. *British Medical Journal*, 320, 754-758.

van Servellen, G., Fongwa, M., et D'Errico, E. M. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing and Health Sciences*, 8(3), 185-195.

Watts, R., et Gardner, H. (2005). Nurses' perception of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*, 7(3), 175-183.

- Wayne, J. D., Tyagi, R., Reinhardt, G., Rooney, D., Makoul, G., Chopra, S., et DaRosa, D. A. (2008). Simple standardized patient handoff system that increases accuracy and completeness. *Journal of Surgical Education*, 65(6), 476-485.
- Weiss, M., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K., et Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions: Their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 160-168.
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., et Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 58(1), 177-192.
- Yau, D. C. N., Leung, A. C. T., Yeoh, C., et Chow, N. W. S. (2005). Care of the hospital-discharged trial elders by nurse case managers: A process evaluation of a longitudinal case management service project. *Lippincott's Case Management*, 10(4), 203-212.
- Yiu, H. Y. M., Chien, W. T., Lui, M. H. L., et Qin, B. (2011). Information needs of Chinese surgical patients on discharge: A comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1041-1052.
- Young, Y., Barhydt, N. R., Broderick, S., Colello, A. D., et Hannan, E. L. (2010). Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: A survey of Directors of Nursing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(5), 901-907.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., et Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000072.



Annexe A : Glossaire de termes

Approche axée sur les besoins du client : une approche dans laquelle le client est considéré comme un tout; il ne suffit pas de prodiguer des services à l'endroit où se trouve le client. L'approche de soins axés sur les besoins du client comprend la défense des droits, l'habilitation et le respect de l'autonomie, de la voix, de l'autodétermination et de la participation à la prise de décisions (OIIO, 2013b; RNAO, 2006a).

Client : un client peut être un particulier (patient, personne, résident ou consommateur) et inclure les membres de sa famille, ses parents ou ses aidants, ses mandataires spéciaux, des groupes ou la communauté (OIIO, 2013b; Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Voir Mandataire spécial.

Consensus : un processus servant à prendre des décisions en matière de politique. Ce n'est pas une méthode scientifique de création de nouvelles connaissances. Le développement d'un consensus utilise simplement à bon escient les informations disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et al., 1999).

Culture : la culture comprend les valeurs, les convictions, les normes et les habitudes de vie partagées et apprises d'un particulier ou d'un groupe. Elle influence la façon de penser, les décisions et les mesures (OIIO, 2013b).

Données probantes : les données probantes sont les renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une affaire. Leur forme dépend du contexte. Les observations faites dans le cadre d'études de recherche de haute qualité, dont la méthodologie est appropriée, fournissent les données probantes les plus exactes. Comme la recherche est souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres formes de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche, ou peuvent même se substituer à celle-ci. Les données probantes sur lesquelles une décision est fondée consistent à combiner les différentes formes de données probantes et à établir un équilibre entre la rigueur et l'opportunité, en accordant la priorité à la première (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Essais contrôlés randomisés : essais cliniques qui comprennent au moins un traitement mis à l'essai et un traitement de contrôle, une adhésion et un suivi concurrents du groupe ayant suivi le traitement et du groupe de contrôle, et dans lesquels les traitements à administrer sont choisis au moyen d'un processus aléatoire.

Établissements : en matière de transitions des soins, les établissements font référence à [traduction] « tout transfert entre différents endroits ou différents niveaux de soins au même endroit. Parmi les endroits représentatifs, on peut citer notamment les hôpitaux, les services d'urgence, les établissements de soins infirmiers subaigus et postaigus, la demeure du client, les bureaux de soins primaires ou spécialisés, et les établissements de soins de longue durée » (Agrément Canada, 2014; Coleman et Boulton, 2003). Voir Transitions des soins.

Examen systématique : selon Cochrane Collaboration (2011), [traduction] « un examen systématique tente de rassembler toutes les données empiriques qui correspondent à des critères d'admissibilité préétablis dans le but de répondre à une question de recherche spécifique ». Un examen systématique a recours à des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour identifier, sélectionner et évaluer d'un œil critique les études pertinentes, ainsi que pour recueillir et analyser les données tirées des études incluses dans l'examen (The Cochrane Collaboration, 2011).

Intervenant : un particulier, un groupe ou un organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les particuliers ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement ou la solution au problème.

Ligne directrice clinique : voir Ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires : énoncés élaborés de façon systématique pour aider les praticiens et le client à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

Littératie en santé : les connaissances et les compétences que doivent acquérir les clients pour satisfaire les besoins complexes relatifs à leur santé (Sorensen et al., 2012).

Mandataire spécial : une personne identifiée par la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui prend les décisions relatives au traitement sur une base continue au nom d'une personne jugée mentalement inapte à le faire. La Loi prévoit une hiérarchie des personnes admissibles, généralement le (la) conjoint(e), le (la) partenaire ou un(e) membre de la famille. Une procuration relative au soin de la personne (traitement) peut être confiée à une personne différente de celle qui la détient la procuration relative aux biens (OIIO, 2013a; Santé Canada, 2006).

Modèle d'ordonnances en soins infirmiers : un modèle d'ordonnances en soins infirmiers est un groupe d'interventions fondées sur les données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers; il est demandé indépendamment par les infirmières (c.-à-d. sans la signature d'un médecin) afin de normaliser les soins fournis pour une affection clinique spécifique (dans ce cas-ci, pendant les transitions des soins).

Points de transition des de soins : « où l'utilisateur risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments comprennent le début des services, le transfert des soins d'un endroit à un autre dans un même organisme, le transfert à un autre organisme ou milieu de services (p. ex., d'un programme de soins rénaux à un milieu d'hébergement) ou à la fin des services » (Agrément Canada, 2014, p. 19). Voir également Transitions des soins.

Préparation psychologique : la capacité du client à s'adapter à un nouveau contexte social, à accepter les changements de circonstances et développer des méthodes ou des stratégies qui lui permettent de faire fonctionner le nouveau contexte pour lui, pour ainsi prendre le contrôle et transformer la situation ou la transition en expérience positive (Ellis, 2010).

Qualité : le degré dans lequel les services de santé offerts aux particuliers et aux populations font augmenter la probabilité de résultats sur la santé désirés et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles (OMS, 2009).

Recommandations relatives à la formation : énoncés des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des professionnels de la santé et préférablement fondés sur les données probantes.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : énoncés des conditions requises pour établir des pratiques permettant la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions liées à la réussite incombent généralement à l'établissement, bien qu'elles puissent avoir des implications pour les politiques à un niveau gouvernemental ou social plus large.

Relation thérapeutique : la relation thérapeutique est fondée sur un processus interpersonnel entre l'infirmière et le client ou sa famille. La relation thérapeutique est une relation ayant un but, axée sur les objectifs, dans le meilleur intérêt du client et qui vise à obtenir les meilleurs résultats possible (OIIO, 2013b; RNAO, 2006).

Soins pluridisciplinaires : prestation de services de santé complets aux patients par de multiples prestataires de soins de santé qui travaillent en collaboration pour fournir des soins de qualité dans chaque établissement et d'un établissement à l'autre (Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, 2013; RNAO, 2013a).

Transitions des soins : une série d'actions conçues pour assurer la sécurité et l'efficacité de la coordination et de la continuité des soins lorsque l'état de santé du client change ou que le client a des besoins différents en matière de soins, de prestataires de soins de santé ou de lieu (à l'intérieur d'un même établissement ou entre établissements) (Coleman et Boulton, 2003). Selon Agrément Canada (2013, 2014), les transitions des soins peuvent être définies (de façon non exclusive) comme comprenant les éléments suivants : visites à des fournisseurs de soins primaires, aiguillage vers un spécialiste, des services de santé ou des fournisseurs de soins de santé, transfert des soins lors du changement de quart, transferts ou congés, ou déménagement dans un autre établissement de soins de santé (voir également Points de transition des soins).

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'est engagée à veiller à ce que cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires soit fondée sur les meilleures données probantes qui soient disponibles. Afin de respecter cet engagement, un processus de surveillance et de révision a lieu tous les cinq ans pour chaque ligne directrice.

Pour cette ligne directrice, la RNAO a rassemblé un groupe d'experts composé de professionnels de la santé qui possèdent des compétences particulières dans ce domaine de pratique. Un examen systématique des données probantes, qui a tenu compte du but et de la portée de la ligne directrice, a été appuyé par six questions cliniques. Il a tenu compte des ouvrages et des lignes directrices publiés entre janvier 2002 et juin 2012. Voici les questions à l'étude qui ont guidé l'examen systématique :

1. Quelles sont les stratégies d'évaluation et de prise en charge les plus efficaces pour assurer la continuité des soins et des résultats optimaux et sûrs pour les clients pendant les transitions des soins?
2. Quelles stratégies relatives à la sécurité et la surveillance devraient être prises en considération pour assurer la continuité des soins et des résultats optimaux et sûrs pour les clients pendant les transitions des soins?
3. Quels sont les soutiens pédagogiques dont les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin pour l'évaluation et la prise en charge efficaces des transitions des soins prodigués aux clients?
4. Quelles sont les caractéristiques de l'organisation qui soutiennent les infirmières et les autres prestataires de soins de santé pour l'évaluation et la prise en charge efficaces des transitions des soins prodigués aux clients?

Cette nouvelle ligne directrice, *Transitions des soins* (2013) est le fruit du travail du groupe d'experts, qui consiste à intégrer les meilleures données probantes, et les plus récentes, et à assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de la ligne directrice grâce à des données à l'appui.



Annexe C :

Processus utilisé pour l'examen systématique et la stratégie de recherche

Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet d'élaboration des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a recherché des lignes directrices et d'autre contenu pertinent publié entre janvier 2002 et mai 2012 à partir d'une liste établie de sites Web. La liste a été compilée en se basant sur les connaissances des sites Web traitant de la pratique professionnelle fondée sur les données probantes et des recommandations provenant des ouvrages. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste de sites Web interrogés et les critères d'inclusion, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca. Certaines lignes directrices ont également été trouvées par les membres du groupe d'experts.

Les membres du groupe d'experts ont évalué d'un œil critique 12 lignes directrices internationales en utilisant la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (instrument AGREE II)* (Brouwers et al., 2010). Cet examen a permis d'identifier les six lignes directrices suivantes pour renseigner le processus de révision :

Joint Commission Resources/Joint Commission International. (2010). *Improving Communication During Transitions of Care*. Oakbrook Terrace, Illinois : Joint Commission Resources, ISBN: 9781599404097.

Lindsay, M. P., Gubitz, G., Bayley, M., Hill, M. D., Davies-Schinkel, C., Singh, S., et Phillips, S. Au nom du Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. (2010). *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care* (Version mise à jour en 2010). Ottawa, Ontario (Canada) : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

Malcolm, J., Arnold, O., Howlett, J. G., Ducharme, A., Ezekowitz, J. A., Gardner, M. J.,... White, M. (2008). *Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference Guidelines On Heart Failure – 2008 Update: Best Practices for the Transition of Care of Heart Failure Patients, and the Recognition, Investigation and Treatment of Cardiomyopathies*. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(1), 21–40.

American Medical Directors Association. (2010). *Transitions of Care in the Long-Term Care Continuum Clinical Practice Guideline*. Columbia, MD : AMDA.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A National Clinical Guideline*. Édimbourg, Écosse : Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 1-101. Publication SIGN : n° 118.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients* Toronto, Canada. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Examen systématique

Simultanément avec la révision des lignes directrices existantes, une recherche d'ouvrages récents qui étaient pertinents à la portée de la ligne directrice a été effectuée, sous la direction de la présidente du groupe d'experts de la RNAO. L'examen systématique des ouvrages a été effectué par une bibliothécaire en sciences de la santé. La recherche, limitée aux articles en anglais publiés entre janvier 2002 et août 2012, a été appliquée aux bases de données suivantes : CINAHL, Embase, DARE, Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials and Cochrane Database of Systematic Reviews, ERIC, Joanna Briggs et PsycINFO. La recherche initiale d'études pertinentes couvrant les questions 1 et 2 a retourné 7937 articles. En raison du volume important, les critères d'inclusion ont été modifiés et limités aux méta-analyses, aux examens systématiques, aux examens intégrés, aux essais contrôlés randomisés et aux synthèses qualitatives des données probantes. Des renseignements détaillés concernant la stratégie de recherche pour l'examen systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion et les mots-clés utilisés pour la recherche, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca. Deux adjointes à la recherche (infirmières détenant une maîtrise) ont évalué séparément l'admissibilité des études conformément à des critères établis d'inclusion et d'exclusion. En collaboration avec le groupe d'experts, la directrice du programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO a résolu les différends.

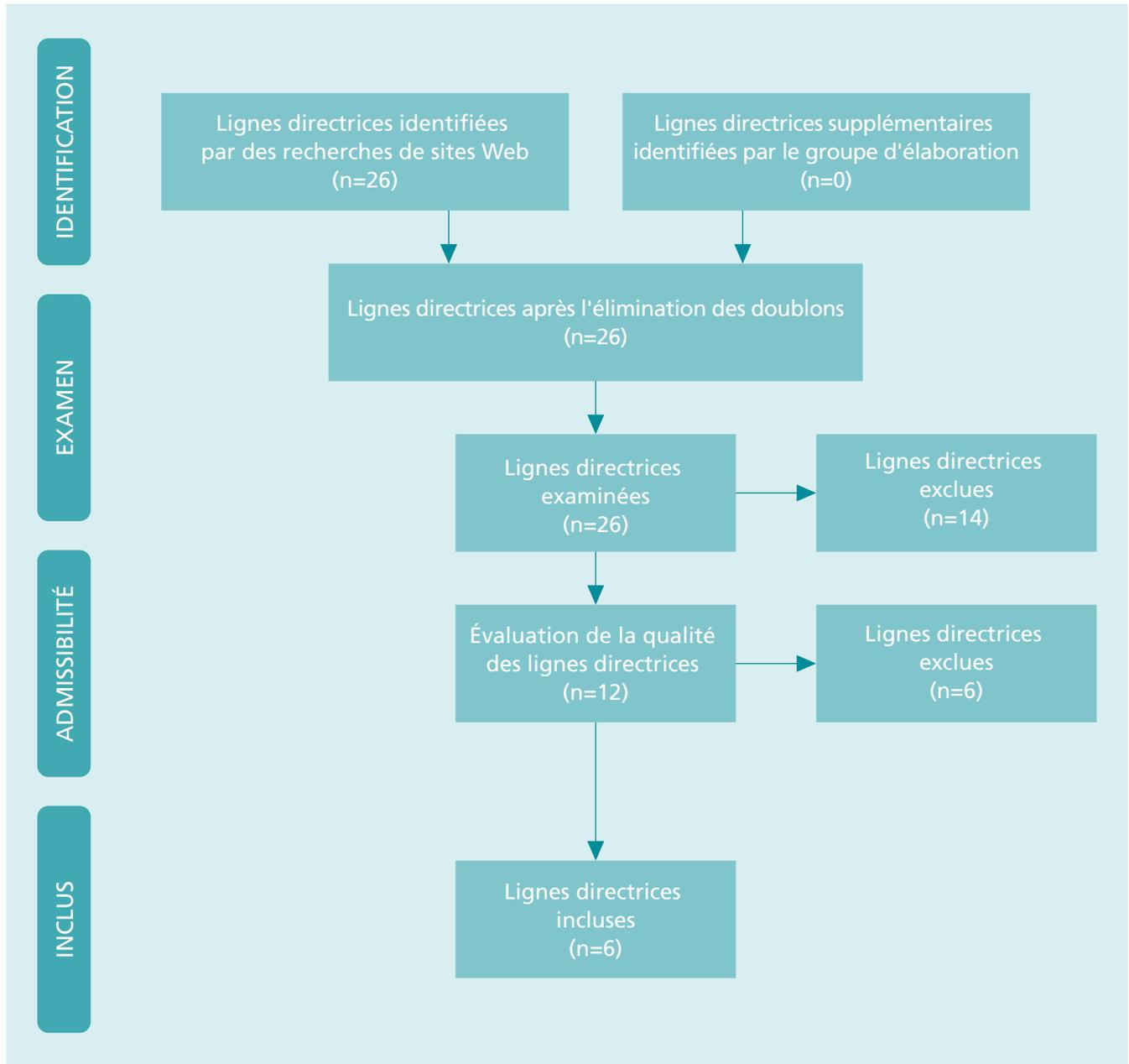
Des scores d'évaluation de la qualité pour 16 articles (un échantillon aléatoire de 13 % des articles admissibles à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués séparément par les adjointes à la recherche du programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO. Un degré d'accord acceptable entre les évaluateurs (statistique kappa, $K=0.71$) a justifié la poursuite de l'évaluation de la qualité et l'extraction des données, en divisant les études restantes également entre les deux adjointes à la recherche (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Un résumé final des observations faites par les ouvrages a été effectué. Les tableaux de données exhaustifs et le résumé ont été fournis à tous les membres du groupe d'experts de la RNAO. En octobre 2012, le groupe d'experts a été convoqué afin de s'entendre quant à la nécessité de réviser les recommandations et la discussion des données probantes existantes.

Cette ligne directrice représente le point culminant des conclusions tirées de la littérature. Les ordigrammes suivants présentent le processus d'examen des lignes directrices et des articles conformément aux lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et The PRISMA Group, 2009).

Une bibliographie complète de tous les articles sélectionnés est disponible à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>

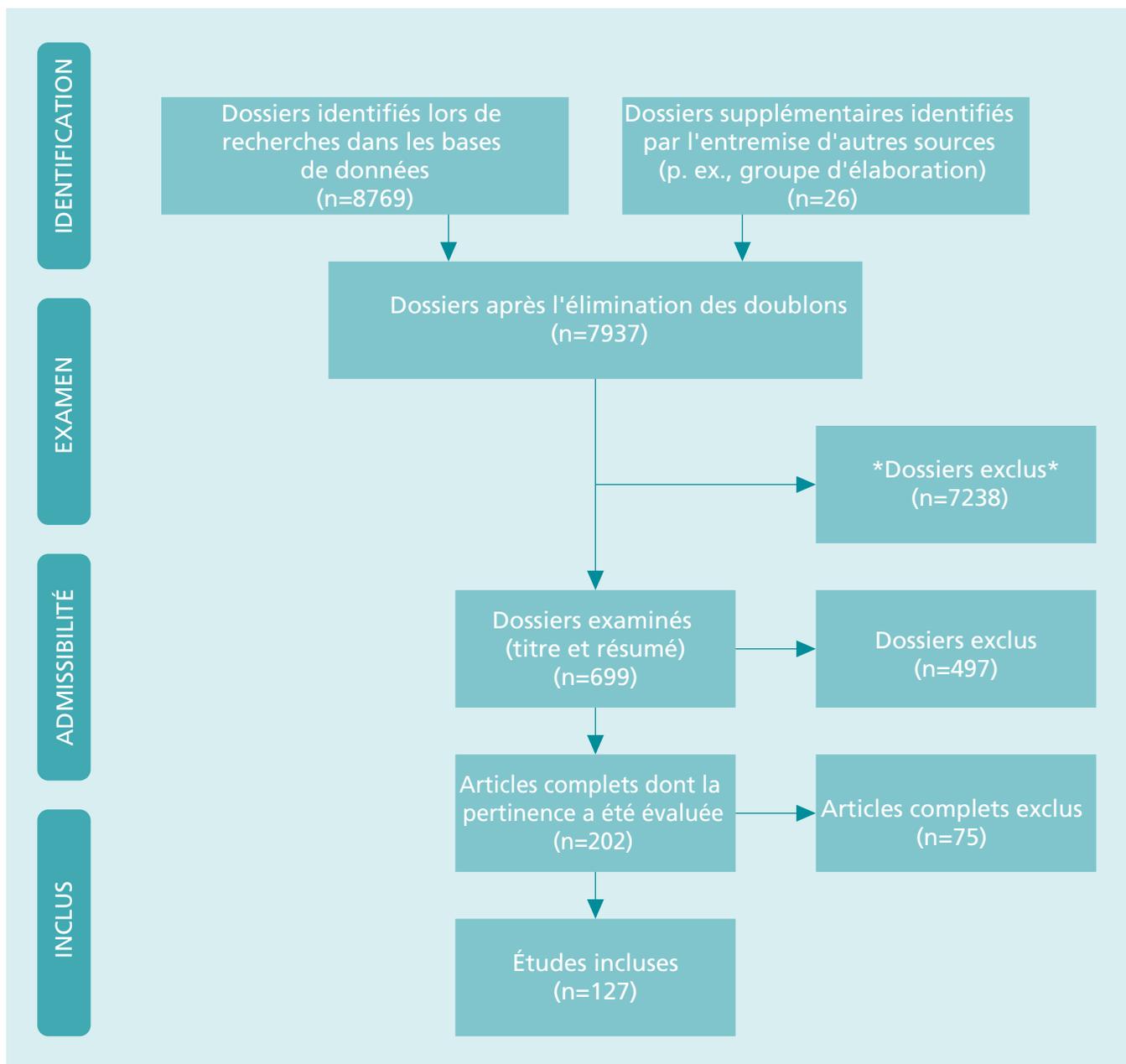


Ordinogramme du processus d'examen des lignes directrices



Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Ordinogramme du processus d'examen des articles



Dossiers exclus : hors de portée et en raison du volume d'études.

Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe D : Exemple de cadre : « Timing it Right »

PHASE	TEMPS	ÉTABLISSEMENT	ACCENT DES SOINS	BESOINS EN SOUTIEN DES AIDANTS	RÉSULTATS POUR LES AIDANTS
Événement/Diagnostic	Phase aiguë de la maladie Courte durée	Hôpital de soins actifs	Soins professionnels L'accent est mis sur le diagnostic et sur la survie de l'événement actuel Soins en milieu familial Souci pour la survie N'est pas sûr de ce qu'implique le rôle des soins intensifs à la suite de cette maladie	Information : diagnostic, pronostic et traitement actuel Affectif : quelqu'un à qui parler Formation : n'est pas requise à ce moment Évaluation : n'est pas requise à ce moment	Connaissances : survie/pronostic Prise de meilleures décisions éclairées concernant le traitement Détresse émotionnelle
Stabilisation	Peu après la stabilisation du patient Courte durée	Hôpital de soins actifs	Soins professionnels Le patient est stable Axé sur des marqueurs spécifiques (p. ex., mobilité) Soins en milieu familial L'événement critique est terminé L'avenir est encore très incertain	Information : cause de l'événement, besoins actuels en matière de soins Affectif : quelqu'un à qui parler Formation : formation initiale pour aider avec les AVQ et les traitements de réadaptation Évaluation : n'est pas requise à ce moment	Résultats de l'information : sensibilisation à la cause Résultats de la formation : se sent confiant de pouvoir aider avec les AVQ Détresse émotionnelle

PHASE	TEMPS	ÉTABLISSEMENT	ACCENT DES SOINS	BESOINS EN SOUTIEN DES AIDANTS	RÉSULTATS POUR LES AIDANTS
Préparation	Avant le retour du patient à la maison Courte à moyenne durée	Hôpital de soins actifs ou établissement de réadaptation	Soins professionnels Accent clinique mis sur la sortie de l'hôpital ou la réadaptation pendant l'hospitalisation Sécurité des AVQ Introduction de la prévention secondaire Soins en milieu familial Faire passer l'accent aux besoins en matière de soins une fois que le bénéficiaire de soins retourne au sein de la communauté Préoccupations concernant la capacité de répondre aux besoins du bénéficiaire de soins dans la communauté	Information : capacité et manière d'accéder aux ressources communautaires Affectif : angoisse et incertitude croissantes au sujet de l'avenir, soutien social Formation : une certaine répétition des nouvelles compétences relatives aux AVQ et des traitements de réadaptation Évaluation : observations au sujet des activités qui appuient les AVQ	Connaissances : concernant les ressources communautaires Confiance en soi et auto-efficacité des aidants Détresse émotionnelle Anxiété Soutien social perçu
Mise en œuvre	Premiers mois après le retour à la maison du patient Durée moyenne	Domicile	Soins professionnels Adaptation à la vie en communauté Services communautaires Médecin de famille Apprendre les rouages et reconnaître qu'il y a encore beaucoup à apprendre au sujet de la prestation de soins Interaction avec les services communautaires Commencer à reconnaître les coûts personnels de la prestation de soins (p. ex., mode de vie et santé affective)	Information : prise en charge des activités quotidiennes Information : répercussions potentielles de la prestation de soins sur la vie de tous les jours et la santé de l'aidant Affectif : crainte et angoisse à l'idée de s'adapter pour prodiguer des soins à domicile Formation : soutiens supplémentaires pour prendre en charge les soins à domicile Évaluation : observations quant à la manière dont on s'adapte à domicile	Meilleure auto-efficacité en matière de prise en charge des soins Recours aux services communautaires Soutien social perçu Soutien émotionnel Bien-être psychologique

PHASE	TEMPS	ÉTABLISSEMENT	ACCENT DES SOINS	BESOINS EN SOUTIEN DES AIDANTS	RÉSULTATS POUR LES AIDANTS
Adaptation	Après une période d'ajustement à la maison Longue durée	Domicile	Soins professionnels Le bénéficiaire des soins s'est adapté à la vie à domicile Soins professionnels limités Réintégration dans la communauté Prévention secondaire Soins en milieu familial Préoccupations relatives à la réintégration dans la communauté du bénéficiaire de soins Les aidants se sentent de plus en plus confiants dans leurs activités de prestation de soins Les aidants vivent les conséquences personnelles de la prestation de soins Accent mis sur les besoins futurs en matière de soins, sur leurs propres besoins ainsi que sur ceux du bénéficiaire de soins	Information et formation : accent mis sur la participation de l'aidant aux activités et aux intérêts qui l'attirent Information : options accessibles au travail et dans la communauté (p. ex., cinéma, restaurants) Information : reconnaissance des besoins futurs et planification, y compris les crises ou événements de santé futurs qui pourraient changer les exigences imposées aux aidants; qu'arrivera-t-il si l'aidant tombe malade? Affectif : soutien d'autres personnes dans une situation semblable, p. ex., groupes d'entraide Affectif : changements au sein des relations Formation : aide à la réintégration dans la communauté Évaluation : observations continues quant à la manière dont on s'adapte à domicile	Réintégration du patient dans la communauté Soutien social perçu Baisse de la détresse émotionnelle Bien-être psychologique accru Participation accrue aux activités appréciées

Tiré de « Timing it Right: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home 0 », de J. I. Cameron et M.A.M. Gignac, 2008, *Patient Education and Counseling*, 70, p. 305. Copyright [2008] par Elsevier. Réimprimé avec autorisation.

Annexe E : Exemple : Structures organisationnelles pour soutenir les transitions des soins

TYPE DE STRUCTURE	ÉLÉMENTS	
<i>Gestion de cas par l'infirmière</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisé avec les adultes fragiles plus âgés dans un hôpital de réadaptation afin d'assurer la transition vers le domicile; ■ Partenariats au sein de l'équipe pluridisciplinaire (une infirmière gestionnaire qui travaille avec un gériatre); ■ Accès aux milieux à services intégrés pour la coordination et la facilitation de services appropriés disponibles en temps voulu (l'infirmière gestionnaire de cas a accès aux services aux hospitalisés, aux services de réadaptation en milieu hospitalier pendant le jour, aux consultations médicales au besoin, ainsi qu'à des services communautaires, tels que les soins à domicile et les soins de répit); ■ Les clients doivent pouvoir accéder à l'infirmière gestionnaire de cas en temps voulu (les clients ont une ligne directe vers la gestionnaire). 	Yau et al. (2005)
<i>Modèle de services de soins à domicile</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de cas dirigée par l'infirmière; ■ Accès simplifié aux services et aux ressources de soins de santé; ■ Accent mis sur les capacités fonctionnelles du client et sur le fardeau imposé aux aidants 	Morales-Ascenio et al. (2008)
<i>Conférences de planification de la sortie de l'hôpital</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participation du client; ■ Accent mis sur la formation du client, de sa famille et de ses aidants, pour leur permettre de prendre des décisions éclairées; ■ Moment et lieu des réunions prévues pour répondre aux besoins du client; ■ Utilisation consciente d'un langage qui facilite la discussion et qui ne crée pas d'obstacles. 	Efrainsson, Sandman, Hyden, et Rasmussen, (2004)

TYPE DE STRUCTURE	ÉLÉMENTS	
<i>Gestion intensive du cas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ensemble de soins en milieu communautaire pour la prestation de soins de longue durée aux clients atteints d'une maladie mentale grave, qui n'ont pas besoin d'une admission immédiate; ■ Évolution à partir de 2 modèles : traitement communautaire dynamique et prise en charge; ■ Consiste en une charge de travail moins importante et des soins très intensifs; ■ Nécessite une formation pour les travailleurs en santé mentale; ■ Augmente la satisfaction des clients avec les soins prodigués. 	Dieterich et al. (2010)
<i>Modèle de sortie transitionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bénévoles et personnel travaillant avec les patients hospitalisés qui soutiennent les clients atteints de troubles de santé mentale; ■ Agit en tant que pont lors de la transition des clients vers les fournisseurs de soins en milieu communautaire; ■ Nécessite un ressourcement efficace, la préparation de l'organisation et des activités de gestion du changement pour assurer la réussite de la mise en œuvre. 	Martin (2007)
<i>Service de liaison avec les soins primaires effectué par des infirmières qui ont suivi une formation au service d'urgence</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprend des services de liaison assurés par des infirmières qui ont suivi une formation au service d'urgence; ■ Pour la prévention de transferts d'un établissement de soins de longue durée au service d'urgence. 	Codde et al. (2010)
<i>Gestion de cas après la sortie de l'hôpital</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accent mis sur les adultes hospitalisés plus âgés; ■ Recours à du personnel bien renseigné pour assurer la gestion du cas après la sortie de l'hôpital. 	Popejoy (2011); Parker et al. (2004)
<i>PACT – Évaluation du patient, affirmé: communication, continuum des soins, travail d'équipe et confiance</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser le modèle de carte pour les transferts des soins d'un quart de travail à l'autre et d'une personne à l'autre; ■ Modèles ou scénarios normalisés de rapports pour transmettre les problèmes du patient au fournisseur de soins primaires ou au médecin le plus responsable. 	Clark, Squire, Heyme, Mickle, et Petrie (2009)

TYPE DE STRUCTURE	ÉLÉMENTS	
<i>Projet RED – Projet de congé de l'hôpital reformulé</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recours à une infirmière de défense des droits des clients au congé de l'hôpital pour assurer l'élaboration et la coordination du plan de congé de l'hôpital et la préparation sur place des clients; ■ Création d'un livret personnalisé post-hospitalisation pour le client, qui convient à sa littératie en santé et à sa maîtrise de la langue; ■ Le livret présente les renseignements essentiels, les personnes-ressources pour la prestation des soins, les rendez-vous pris, les résultats exceptionnels de tests, l'horaire des médicaments; ■ Le livret est remis au client avant son congé de l'hôpital et une copie est envoyée par télécopieur au fournisseur de soins primaires, avec le sommaire du congé; ■ Appel téléphonique de suivi de la part du pharmacien clinique, deux à quatre jours après le congé. 	Jack et al. (2009)
<i>Amélioration des transitions pour les jeunes qui passent des services de santé mentale pour enfants aux services pour adolescents</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est suggéré que les organisations examinent et cernent les éléments des bonnes pratiques qui appuient les transitions efficaces pour les jeunes qui passent des services de santé mentale pour enfants aux services pour adolescents; ■ Les services de santé locaux devraient examiner les pratiques en matière de transition et les adapter afin de répondre aux besoins des jeunes qu'ils servent; ■ Tous les modèles de soins doivent identifier les points de transitions, afin qu'ils puissent être incorporés aux protocoles de soins et aux modèles de prestation des services. 	Munoz-Solomando et al. (2010)
RÔLES	ÉLÉMENTS	
<i>Rôle d'infirmière de liaison</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rôle utilisé lors du transfert d'un client de l'unité de soins intensifs à une salle commune; ■ Recours au personnel spécialisé pour soutenir les processus de transition; ■ Équipe d'infirmières formées en soins intensifs utilisée pour fournir un soutien clinique et des conseils dans les salles communes des hôpitaux; 	Baker-McClearn et Carmel (2008); Chaboyer, Foster, Foster, et Kendall (2004); Chaboyer et al. (2012)

RÔLES	ÉLÉMENTS	
<i>Autres titres pour les infirmières qui exercent différentes fonctions lors de transitions</i>	L'infirmière en tant que : <ul style="list-style-type: none"> ■ Championne; ■ Infirmière clinicienne spécialisée; ■ Coordinatrice/facilitatrice des congés de l'hôpital; ■ Médiatrice; ■ Navigatrice; ■ Infirmière de défense des droits des clients au congé de l'hôpital. 	Anderson, Helms et Kelly (2004); Bowles et al. (2003); Caffin, Linton, et Pellegrini (2007); Enguidanos, Gibbs, et Jamison (2012); Finn et al. (2011); Jack et al. (2009); Lee et al. (2011); Nosbusch et al. (2010); Parker et al. (2004)
AUTRES STRUCTURES DE SOUTIEN DES TRANSITIONS	ÉLÉMENTS	
<i>Protocoles de soins intégrés pour les soins orthopédiques (fracture du col du fémur)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocoles utilisés pour améliorer la collaboration et la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire et, par la suite, pour appuyer les transitions sûres et efficaces; ■ L'intégration des pratiques a permis de réaliser des améliorations considérables dans la prise en charge des clients et la réduction de la durée des séjours. 	Atwal et Caldwell (2002)
<i>Protocoles réussis pour l'organisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le protocole est appuyé par le conseil exécutif afin d'être utilisé en tant que stratégie organisationnelle et vision des soins. Appuyé par le conseil exécutif; ■ Il faut avoir mis en place des structures solides axées sur les besoins du client; ■ Une voie de communication claire quant à la raison et la manière dont les protocoles seront utilisés par le personnel; ■ Les protocoles facilitent les communications au sein de l'organisation et entre organisations. 	Gerven, Vanhaecht, Deneckere, Vleugels, et Sermeus (2010)

AUTRES STRUCTURES DE SOUTIEN DES TRANSITIONS	ÉLÉMENTS	
<i>Trousse d'interventions pour éviter les réadmissions des personnes âgées</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formulaire d'admission contenant des questions de nature gériatrique; ■ Envoi par télécopieur au fournisseur de soins primaires; ■ Recours à une feuille de travail normalisée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin de cerner les obstacles au congé de l'hôpital; ■ Collaboration entre le pharmacien et le médecin relativement au bilan comparatif des médicaments; ■ Rendez-vous de planification avant le congé. 	Dedhia et al. (2009)
<i>Enseignement lors des congés</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accent mis sur une unité de soins intensifs pour nouveau-nés; ■ Augmentation de l'enseignement aux parents de contenu relatif au congé; ■ Inclut l'entraide dans le cadre du programme. 	Sneath (2009)

AUTRES STRUCTURES DE SOUTIEN DES TRANSITIONS	ÉLÉMENTS	
<p><i>Politique et procédures qui guident les processus suivants :</i></p> <p>1. Transferts de soins;</p> <p>2. Transfert d'information;</p> <p>3. Évaluation et aiguillages.</p>	<p>1. Transferts de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il faut tenir compte du type de processus de transfert de soins (au chevet du patient avec la validation par le client afin d'assurer l'exactitude, rapport verbal standard, rapport enregistré); ■ Tenir compte des exigences en matière de documentation; ■ Transferts de soins écrits ou verbaux entre fournisseurs de soins; ■ L'utilisation des notes rapides devrait être examinée (sont-elles conservées dans le dossier du client ou jetées?) 	<p>McMurray, Chaboyer, et Wallis (2010); McSweeney, Lightdale, Vinci, et Moses (2011); Riesenberget al. (2010); Trachtenberg et Ryvicker (2011)</p>
	<p>2. Transfert d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tenir compte des rôles et des responsabilités (qui est chargé de la vérification croisée du diagnostic, du bilan comparatif des médicaments, de l'exactitude du traitement) sur les rapports de transfert lors des transitions. 	<p>Perren, Conte, DeBitonti, Limoni, et Merlani (2008)</p>
	<p>3. Évaluation et aiguillages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Recours à des instruments normalisés, fiables et valides pour l'évaluation des services et l'aiguillage des services entre les fournisseurs de services et les établissements; ■ Recours à des formulaires normalisés d'aiguillage. 	<p>Bowles et al. (2003)</p>

AUTRES STRUCTURES DE SOUTIEN DES TRANSITIONS	ÉLÉMENTS	
<p><i>Systèmes normalisés de communication et de documentation</i></p>	<p>Recours à n'importe lequel des systèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cadre ou structure pour guider les transferts des soins ou les transitions pour les clients; ■ Feuille sommaire de préparation au congé de l'hôpital; ■ Listes de contrôle (imprimées ou électroniques); ■ Instruments ou protocoles de transfert des soins utilisés lorsqu'un client est transféré (de l'unité de soins intensifs à une salle commune); ■ Feuille de transfert de soins contenant les renseignements normalisés requis pour les échanges d'information entre prestataires de soins de santé, ainsi que toute préoccupation relative au congé du client; ■ Livret de planification du congé de l'unité de soins intensifs, axé sur ce à quoi les clients et leurs familles peuvent s'attendre après le transfert en salle commune (par exemple, un nombre plus élevé de clients par infirmière et les routines de la salle commune); ■ Feuilles d'avertissements de congé pour faciliter l'établissement des effectifs dans la salle commune qui recevra le client; ■ Systèmes intégrés de documentation électronique à l'intérieur des systèmes au point de service, comme les dossiers médicaux électroniques (DME), les systèmes d'information hospitalière (SIH) et les dossiers de santé électroniques (DSE) pour assurer la continuité des soins au sein de l'établissement et avec les établissements externes; ■ Formulaire de transfert (imprimés, mais les formulaires électroniques sont encouragés); ■ Sommaires électroniques du congé; ■ Recours à la technologie d'information sur la santé et de communication, par exemple tableaux blancs électroniques pour les transferts de soins dans les services d'urgence; ■ Renseignements écrits adaptés aux besoins du client, après une formation verbale ou tout échange d'information (brochures à l'intention des clients contenant des conseils pour le congé de l'hôpital). 	<p>Arora et al. (2009); Brown et al. (2009); Bost et al. (2010); Chaboyer et al. (2004); Chaboyer et al., (2012); Collins et al. (2011); Hadjistavropoulos et al. (2009); Helleso et Lorensen (2005); Johnson et al. (2008); Kerr (2002); McFetridge, Gillespie, Goode, et Melby (2007); Nagpal et al. (2010); Perren et al. (2008); Segall et al. (2012); Staggers et Jennings (2009); Terrell et Miller (2007); Wayne et al. (2008)</p>

Créé par le groupe d'experts, 2012.

Annexe F : Transitions des soins – Sites Web contenant des outils et des ressources

RESSOURCES	ÉTABLISSEMENT	INTERVENTIONS DE SOINS INFIRMIERS?	URL
BOOSTing Care Transitions	Society of Hospital Medicine, États-Unis	Non	http://www.hospitalmedicine.org/ResourceRoomRedesign/RR_CareTransitions/html_CC/01HowtoUse/00_Howtouse.cfm
Care Transitions Intervention	Dr Eric Coleman, Colorado, États-Unis	Non « Conseiller en transitions » (transitions coach)	http://www.caretransitions.org/structure.asp
Trousse sur la transition des soins – Cartable santé	Hartford Institute for Geriatric Nursing	Trousse à l'intention des patients Modèles de formulaires pour les médicaments, conseils pour parler aux médecins, liste de contrôle de planification du congé de l'hôpital, conseils pour rester en santé, etc.	http://www.hartfordign.org/practice/caretransitions/
Projet High 5s.	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Renseignements généraux sur la portée du projet	https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome
Projet High 5s.	OMS	Feuille de renseignements sur les procédures d'exploitation standard : Bilan comparatif des médicaments	http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_med_rec_fs_Mar_2011.pdf
Interact II Interventions visant à réduire les transferts aux soins actifs à partir d'une maison de soins infirmiers	Centers for Medicare and Medicaid Services, Commonwealth Fund	Non Les outils comprennent le formulaire de transfert	http://interact2.net/

RESSOURCES	ÉTABLISSEMENT	INTERVENTIONS DE SOINS INFIRMIERS?	URL
Bilan comparatif des médicaments	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP Canada)	Oui Outils et ressources éducatives sur le bilan comparatif des médicaments	http://www.ismp-canada.org/medrec/
	Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!	Trousse de départ relative aux soins de courte durée, aux soins de longue durée et aux soins à domicile	http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/resources.aspx
Projet RED Réingénierie des congés de l'hôpital	Joint Commission, AHRQ, États-Unis (Dr Brian Jack, Boston)	Oui « Infirmière de défense des droits des clients au congé de l'hôpital » (nurse discharge advocate)	http://www.jcrinc.com/AHRQ-Project-Red/ http://www.ahrq.gov/news/kt/red/redfaq.htm
Mesures des transitions des soins	National Transitions of Care Coalition, États-Unis	Non Outils de mesure de la structure, du processus et du résultat	http://www.ntocc.org/Portals/0/PDF/Resources/TransitionsOfCareMeasures.pdf http://www.ntocc.org/WhoWeServe/HealthCareProfessionals.aspx
Modèle de transition de soins	Dre Mary Naylor, États-Unis	Oui Infirmière en transition de soins	http://www.innovativecaremodels.com/care_models/21/overview
Taking care of myself	AHRQ	Non Ressources pour les clients	http://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/goinghome/index.html
Transition vers les soins de santé pour adultes	Provincial Council of Childrens and Maternal Health	Oui De multiples documents, ressources et outils sont pertinents sur le plan clinique pour les prestataires de soins de santé aux enfants et aux adultes, afin d'aider les jeunes et leur famille qui ont été transférés vers les services pour adultes ou qui le seront sous peu.	http://pcmch.on.ca/initiatives/transition-adult-healthcare-services

Annexe G : Description de la Trousse

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires repose sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), par l'entremise d'un groupe d'experts composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (2012b). La *Trousse* est basée sur les données probantes, les perspectives théoriques et le consensus. Nous conseillons d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la

planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Ces étapes reflètent un processus qui est dynamique et itératif plutôt que linéaire. Lors de chaque phase, la préparation de la phase suivante et une réflexion sur la phase précédente sont donc des éléments essentiels. Spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes clés suivantes, illustrées dans le « gabarit du plan d'action » (RNAO, 2012b; Straus et al., 2009), lors de la mise en œuvre d'une ligne directrice :

1. Identifier le problème; identifier, examiner et sélectionner les connaissances (ligne directrice sur les pratiques exemplaires).
2. Adapter les connaissances au contexte local.
 - Évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances et les facteurs qui la facilitent; et
 - Identifier les ressources.
3. Sélectionner, adapter et mettre en place les interventions.
4. Surveiller l'utilisation des connaissances.
5. Évaluer les résultats.
6. Maintenir l'utilisation des connaissances.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus. La *Trousse* peut être téléchargée à l'adresse <http://rnao.ca/bpg>.

Recommandation



ACCREDITATION CANADA
AGRÈMENT CANADA

www.accreditation.ca

Driving Quality Health Services • Force motrice de la qualité des services de santé

February 18, 2014

Dr. Doris Grinspun
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, ON
M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the Accreditation Canada, I am pleased to convey Accreditation Canada's endorsement of RNAO's evidence-based clinical Best Practice Guideline on Care Transitions.

As you know, the Accreditation Canada Qmentum program is designed to improve client outcomes and health system performance. Though the onsite survey conducted every four years by peer reviewers, Accreditation Canada evaluates the extent to which an enrolled organization meets standards. An accreditation report identifies the strengths and areas for improvement that will enhance the safety and quality of care within the organization. The organization uses the report to create and implement action plans to enhance their performance.

The RNAO guideline recommendations will support organizations and health-care providers to meet the standard requirements related to Care Transitions. The RNAO rigorous process has resulted in a set of evidence-based recommendations related to nursing and interprofessional practice, organizations and the system that will contribute to improved outcomes before, during and after care transitions. This guideline will greatly contribute to our ability to assist participating organizations in enhancing the safety and quality of care associated with care transitions.

Congratulations on this important work!

With warm regards,

Wendy Nicklin
President and Chief Executive Officer

1150 Cyrville Road
Ottawa, ON, Canada K1J 7S9
Tel.: 1-800-814-7769 • 613-738-3800
Fax: 1-800-811-7088 • 613-738-7755

1150, chemin Cyrville
Ottawa, ON, Canada K1J 7S9
Tél. : 1-800-814-7769 • 613-738-3800
Télééc. : 1-800-811-7088 • 613-738-7755

Accredited by / Agréé par ISQua

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

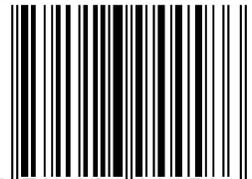
TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

MARS 2014

Transition des soins

ISBN 978-1-926944-58-6



9 781926 944586



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario

**SPINE IS IN
A SEPARATE FILE**