

# Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

JUIN 2023

## Les transitions dans les soins et les services Deuxième édition



## Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres prestataires de soins de santé ou les organismes qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

## Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Transitions dans les soins et les services. 2<sup>e</sup> édition. Toronto (Ont.) : RNAO; 2023.

## Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

## Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion du comité d'experts et avant leur publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit limitant n'a été défini par les membres du comité d'experts. Veuillez consulter le [Résumé des déclarations de conflits d'intérêts](#) en ligne.

## Reconnaissance des terres

Nous reconnaissons que notre travail et celui de nos membres se déroulent sur des territoires autochtones traditionnels à travers l'Ontario. Nous tenons également à souligner que le siège social de l'AIIAO est situé sur le territoire traditionnel et non cédé des Hurons-Wendats, des Haudenosaunee et sur le territoire des Mississaugas de la Première Nation de Credit. Ce territoire a fait l'objet du Pacte de la ceinture de wampum faisant référence au concept du « bol à une seule cuillère », il s'agit d'une entente entre la Confédération iroquoise, les Ojibwés et les nations alliées pour partager pacifiquement les ressources autour des Grands Lacs et en prendre soin. Nous reconnaissons également que Toronto est couvert par le Traité 13 en vertu de l'entente d'Achat de Toronto conclu avec les Mississaugas de la Première Nation de Credit. Aujourd'hui, cette terre est toujours le foyer de nombreuses Premières nations, d'Inuits et de Métis de toute l'île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de travailler sur ce territoire. En faisant personnellement une reconnaissance des terres, vous participez à un acte de réconciliation, en honorant la terre et le patrimoine autochtone qui remonte à plus de 10 000 ans. Nous vous encourageons à vous renseigner sur les terres sur lesquelles vous résidez et sur les traités qui y sont attachés. La reconnaissance des terres est un acte de réconciliation et nous devons tous y contribuer.

## Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
500-4211, Yonge Street, Toronto (Ontario) M2P 2A9  
Site Web : [RNAO.ca/bpg](https://rnao.ca/bpg)



# Les transitions dans les soins et les services

Deuxième édition



# Un mot de Doris Grinspun,

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



L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) est ravie de présenter la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) *Transitions dans les soins et les services*. Nous sommes reconnaissants aux nombreux partenaires qui ont joué un rôle central dans l'élaboration de cette importante ligne directrice : des membres du comité d'experts ayant une expérience concrète des [organisations vedettes des pratiques exemplaires<sup>MD</sup>](#) (OVPE), des équipes de santé de l'Ontario et d'autres intervenants. L'AIIAO est fière de s'associer au gouvernement de l'Ontario qui finance ce programme depuis sa création en 1999.

Nous remercions chaleureusement les nombreux intervenants qui contribuent à concrétiser la LDPE. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux coprésidents du comité d'experts pour leur gérance exemplaire inestimable :

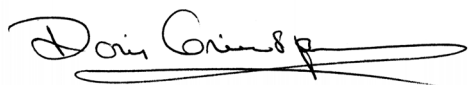
- Rhonda Crocker Ellacott, présidente et directrice générale du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et directrice générale de l'Institut régional de recherche en santé de Thunder Bay.
- Shirlee Sharkey, ancienne présidente et directrice générale de SE Health.

Nous remercions tout particulièrement le comité d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue pour produire une ressource significative et pertinente qui orientera la formation et la pratique de milliers de prestataires de soins de santé et de services sociaux. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Merci au personnel d'AIIAO Lyndsay Howitt et Greeshma Jacob (coresponsables de l'élaboration de la ligne directrice), Glynis Gittens (coordinatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), Nafsin Nizum (directrice associée, élaboration et recherche de la ligne directrice) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration de la ligne directrice sur la pratique exemplaire de l'AIIAO du travail considérable qu'ils ont accompli et du savoir-faire dont ils ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, les infirmières et les infirmiers, et les prestataires de soins de santé fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en devenant des OVPE, rejoignant ainsi plus de 1 500 institutions de service et établissements universitaires au Canada et à l'étranger, déterminés à mettre en œuvre les LDPE de l'AIIAO. Ils ont parrainé des champions des pratiques exemplaires, qui comptent aujourd'hui plus de 100 000 infirmières et infirmiers, autres professionnels de la santé et personnes ayant une expérience concrète – tous désireux de faire progresser les soins centrés sur la personne et fondés sur des données probantes. Les OVPE évaluent également avec diligence l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE sur les patients, les organisations et les résultats du système de santé.

Nous vous invitons à partager cette LDPE avec le personnel infirmier et les membres de l'équipe, les accompagnateurs de la clientèle et les conseillers dans les systèmes de santé et les communautés au sein desquels vous travaillez. Nous avons tous beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons veiller à ce que le public ait accès aux meilleurs services de santé et de bien-être possible et qu'ils en bénéficient, toujours.



Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, Ordre de l'Ontario  
Directrice générale et fondatrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



# Table des matières

Comment utiliser ce document . . . . .	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application . . . . .	6	
Résumé des recommandations et des pratiques exemplaires . . . . .	12	
Interprétation des données et énoncés de recommandations . . . . .	14	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires . . . . .	17	
Contexte . . . . .	24	
Recommandations et énoncés de pratiques exemplaires . . . . .	28	RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE PRATIQUE EXEMPLAIRE
Lacunes dans la recherche et conséquences futures . . . . .	80	
Stratégies de mise en œuvre . . . . .	82	
Annexe A : Glossaire . . . . .	84	ANNEXES
Annexe B : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires et ressources de l'AlIAO connexes à la présente ligne directrice . . . . .	93	
Annexe C : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires . . . . .	95	
Annexe D : Énoncés relatifs à la formation . . . . .	112	
Annexe E : Processus d'élaboration des indicateurs . . . . .	119	
Annexe F : Déclaration des valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario . . . . .	120	

# Table des matières

ANNEXES (SUITE)	Annexe G : Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient . . . . .	121
	Annexe H : Mon plan de soins de transition© . . . . .	123
	Annexe I : Guide d'entretien sur le meilleur schéma thérapeutique possible . . . . .	125
	Annexe J : Exemple de formulaire de bilan comparatif des médicaments . . . . .	126
	Annexe K : 5 questions à poser à propos de vos médicaments (pour les adultes) . . . . .	128
	Annexe L : 5 questions à poser à propos de vos médicaments (pour les enfants) . . . . .	129
	Annexe M : Description de la <i>trousse pour la conduite du changement</i> . . . . .	130
REMERCIEMENTS	Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	133
	Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	135
	Remerciements aux intervenants . . . . .	137
LETTRES DE SOUTIEN ET D'APPUJ	Lettres de soutien et d'appui . . . . .	144
RÉFÉRENCES	Références . . . . .	149
NOTES	Notes . . . . .	161

# Comment utiliser ce document

Tout au long du présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre « G » en exposant (<sup>G</sup>) sont définis dans le **Glossaire à l'annexe A**.

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires<sup>G</sup>** (LDPE) est un document exhaustif qui fournit des ressources pour la **pratique fondée sur les données probantes<sup>G</sup>**. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier<sup>G</sup>**, de **l'équipe interprofessionnelle<sup>G</sup>**, des enseignants, des **organisations de santé et de services sociaux<sup>G</sup>**, des établissements d'enseignement ainsi que des **personnes<sup>G</sup>** et de leur **réseau de soutien<sup>G</sup>**. Cette LDPE doit être révisée et appliquée en fonction des besoins des organisations de santé et de services sociaux, des établissements universitaires ou d'autres lieux de pratique, ainsi que des préférences des personnes et de leur réseau de soutien. Ce document fournit des **recommandations<sup>G</sup>** fondées sur des données probantes et des **énoncés de pratique exemplaire<sup>G</sup>**, et des descriptions : (a) des pratiques et politiques organisationnelles; (b) des bénéfices et inconvénients, (c) des valeurs et préférences; et (d) des considérations d'équité dans l'accès aux soins.

Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle qui sont spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles ces recommandations s'appuient.

Si votre organisme adopte cette LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) recommande aux organismes de mettre sur pied des équipes de changement dont les responsabilités comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

1. Analyse des lacunes et des possibilités : évaluer vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs existants par rapport aux recommandations, aux énoncés de pratiques exemplaires et aux discussions sur les données probantes contenues dans cette LDPE, et définir les points forts, les besoins ou les lacunes.
2. Prise en note des recommandations et des énoncés de pratique exemplaire applicables à votre contexte et pouvant être utilisés pour répondre aux besoins de votre organisation et pour combler des lacunes.
3. Élaboration d'un plan de mise en œuvre des recommandations et des énoncés de pratique exemplaire, maintien des pratiques exemplaires et évaluation des **résultats<sup>G</sup>** en appliquant le Cadre d'action du mouvement social (1,2) ou le Cadre de mise en pratique des connaissances (3).

Les ressources de la **science de mise en œuvre<sup>G</sup>**, y compris la *trousse pour la conduite du changement*, sont disponibles [en ligne](#) (4). Une description de la *trousse pour la conduite du changement* figure à l'**annexe M**. Pour en savoir plus, voir les **Stratégies de mise en œuvre** à la page 82.

Toutes les **LDPE de l'AIIAO** peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO. Pour trouver une ligne directrice en particulier, veuillez effectuer une recherche par mot clé ou par sujet.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et apprendre davantage sur la façon dont vous l'avez mis en œuvre. [Merci de nous faire part de votre expérience.](#)

Le parcours des LDPE de l'AIIAO, qui s'étend sur deux décennies, est documenté dans : [Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis \(Indiana\) : Sigma Theta Tau International; 2018.](#)



# Objectif et champ d'application

## Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations sur des sujets cliniques précis, sur la promotion d'un environnement de travail sain et sur des composantes du système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle occupant des postes en soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques, aux chercheurs et aux **personnes ayant une expérience concrète**<sup>G</sup> travaillant dans des organisations de santé et de services sociaux, ainsi que des établissements universitaires. Les LDPE contribuent à promouvoir la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de la formation afin que le système de santé puisse fournir les meilleurs soins qui soient aux personnes et aux communautés.

Cette LDPE remplace la LDPE de l'AIIAO sur les *Transitions des soins* publiée en 2014 (5). L'objectif de la LDPE sur les *Transitions dans les soins et les services* est de fournir des recommandations fondées sur des données probantes au personnel infirmier et aux membres de l'équipe interprofessionnelle, aux organisations et au système de santé afin de favoriser des **transitions dans les soins**<sup>G</sup> sûres et efficaces pour les enfants (17 ans et moins) et les adultes (18 ans et plus) ainsi que pour leur réseau de soutien. Cette LDPE que les personnes et leur réseau de soutien qui sont confrontés à une transition dans les soins sont des experts en matière de santé et de prise de décision. La collaboration entre l'équipe interprofessionnelle, la personne soignée et son réseau de soutien est donc essentielle pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

En mars 2021, l'AIIAO a formé un comité d'experts chargé de déterminer le champ d'application de la deuxième édition de cette LDPE et d'élaborer des **questions de recommandation**<sup>G</sup> pour éclairer leur **revue systématique**<sup>G</sup>. Le comité d'experts de l'AIIAO comprenait des personnes ayant une expérience concrète et sa composition était interprofessionnelle. Il est composé de personnes possédant des connaissances et une expérience dans les domaines de la pratique clinique, de l'éducation, de la recherche et de la politique au sein d'un éventail d'organisations de santé et de services sociaux, d'établissements universitaires, de domaines de pratique et de secteurs. Ces experts ont communiqué leurs idées sur le soutien et la prise en charge des personnes et de leur réseau de soutien lors des transitions au sein et entre les environnements, y compris (mais sans s'y limiter) : les soins primaires; les soins à **domicile**<sup>G</sup> et les soins de proximité; la santé mentale et la toxicomanie; les soins de courte durée; la réadaptation; les soins de longue durée (SLD); les établissements correctionnels; et les refuges.

Le comité d'experts comprenait également des représentants des **équipes de santé de l'Ontario des Organisations vedettes en pratiques exemplaires**<sup>MDG</sup> (OVPE ESO). Le lancement des ESO en 2019 a constitué une étape importante dans le processus des soins intégrés en Ontario (6). L'AIIAO a conclu des partenariats officiels avec les ESO afin de les aider à faire progresser l'**objectif quadruple**<sup>G</sup> et les **objectifs de développement durable**<sup>G</sup> (ODD) des Nations unies en s'attaquant à la santé de la population, en soutenant les **populations mal et insuffisamment desservies**<sup>G</sup> et en promouvant l'équité en matière de santé (7). Cette deuxième édition des LDPE a été élaborée en collaboration avec les OVPE ESO afin de s'assurer que les recommandations répondent aux besoins des personnes et de leur réseau de soutien, des organisations et du système de santé. Au sein des ESO, les **Prestataires de services sociaux et de soins de santé**<sup>G</sup> travaillent comme une équipe coordonnée, quel que soit le lieu où les soins sont dispensés.

Pour déterminer le champ d'application et les questions de recommandation prioritaires pour cette LDPE, un examen et une analyse complets ont été effectués par l'équipe de recherche et de développement de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts (voir **l'annexe C**).

## Champ d'application

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application de cette LDPE en empruntant les étapes suivantes :

- a passé en revue les LDPE de l'AIIAO déjà publiés : *Transitions des soins* (5);
- a réalisé une analyse de l'environnement des directives et normes existantes sur ce sujet;
- a entrepris une revue de la documentation afin de déterminer les données probantes disponibles sur les interventions visant à soutenir les enfants et les adultes et leur réseau de soutien qui font face à des transitions dans les soins;
- a mené 26 entretiens avec des informateurs clés par le biais d'appels virtuels avec des personnes ayant une expérience concrète, des prestataires de services sociaux et de soins de santé, des étudiants en soins infirmiers, des administrateurs et des chercheurs;
- a organisé un groupe de discussion avec neuf représentants de quatre OVPE ESO;
- a consulté le comité d'experts.

Cette LDPE doit être utilisée par le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle dans l'ensemble du continuum de soins (soins primaires, soins à domicile et communautaires, santé mentale et toxicomanie, soins de courte durée, réadaptation, SLD, établissements correctionnels et refuges), dans tous les domaines de la pratique (soins cliniques, administration, éducation, politique et recherche) pour soutenir les personnes et leur réseau de soutien lors des transitions dans les soins. Elle s'adresse également aux organisations qui emploient du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle ou qui offrent des services sociaux et des soins de santé ainsi qu'aux établissements d'enseignement.

## Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Les populations et les contextes suivants ne relèvent pas du champ d'application de la LDPE :

- les personnes qui sont transférées des services pédiatriques aux services pour adultes;
- les mères et les nourrissons qui sont transférés de l'hôpital à la maison après la naissance;
- les nourrissons qui sont transférés d'une unité néonatale de soins intensifs (UNSI) à leur domicile;
- les transferts au niveau micro (c'est-à-dire le transfert de soins entre les prestataires de soins lors d'un changement d'équipe);
- les transferts vers et depuis les unités de diagnostic au sein d'un hôpital.

## Principales notions du guide des pratiques exemplaires

**Transition dans les soins :** Moment important de la prestation de soins de santé au cours duquel les renseignements et les besoins de soins d'une personne sont transférés entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, les équipes interprofessionnelles et les établissements (8). Une transition dans les soins a lieu lorsqu'une personne passe d'une structure ou d'un secteur où des soins ou des services sont fournis à une autre structure ou à un autre secteur, y compris (mais sans s'y limiter) : les soins primaires, les soins à domicile et de proximité, les structures de santé mentale et de toxicomanie, les soins de courte durée, la réadaptation, les SLD, les établissements correctionnels et les refuges. Il s'agit par exemple des transitions entre le domicile et la SLD, ou entre l'hôpital et l'hospice. Une transition peut également se produire au sein d'une même organisation, par exemple lorsqu'une personne passe d'une unité de soins intensifs à un service général dans un hôpital. Au cours de son parcours de soins, une personne peut également connaître de multiples transitions, comme le passage de l'hôpital à un centre de réadaptation, puis à son domicile. Bien que le terme « transition dans les soins » soit utilisé tout au long de cette LDPE, le titre de la ligne directrice reflète la façon dont une transition peut se produire entre tous les lieux où des soins ou des services sont fournis.

**Équipes de santé de l'Ontario des Organisations vedettes en pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE ESO).** Les ESO sont des groupes de prestataires et d'organisations responsables de fournir un continuum de soins complet et coordonné à une population attribuée en Ontario, au Canada (9). Le modèle OVPE pour les ESO offre un programme sur mesure pour développer et diffuser les LDPE de l'AIIAO au sein de **systèmes de soins intégrés<sup>G</sup>**. Le modèle OVPE ESO aide les ESO à faire progresser les quatre éléments de l'objectif quadruple ainsi que les ODD des Nations unies en s'attaquant à la santé de la population, en soutenant les populations mal desservies et en promouvant l'équité en matière de santé. Les OVPE ESO sont activement soutenues par l'AIIAO pour mettre en œuvre systématiquement des LDPE fondées sur des données probantes en mobilisant les équipes vers leurs objectifs collectifs et en évaluant les résultats. Le programme OVPE ESO s'inscrit dans le cadre de l'ESO, et les produits livrables du programme sont conçus pour faire progresser les objectifs de l'ESO.

**Les prestataires de services sociaux et de soins de santé :** Désigne à la fois les prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés (personnel infirmier, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et personnel paramédical) et les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés (aides-soignants, **travailleurs pairs ayant une expérience concrète<sup>G</sup>**) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

**Prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés :** En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (10). La réglementation applicable aux travailleurs sociaux et aux professionnels des services sociaux est décrite dans la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social* (11). Dans cette LDPE, le personnel infirmier, les médecins, les ergothérapeutes et les pharmaciens sont des exemples de prestataires de soins de santé réglementés, et les travailleurs sociaux sont des exemples de prestataires de services sociaux réglementés.

**Prestataires de services sociaux et de soins non réglementés :** Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés jouent divers rôles et exécutent une multitude de tâches, qui sont déterminées par leur employeur et leur milieu d'emploi. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés n'ont la permission que d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (12).

**Équipe interprofessionnelle :** Une équipe composée de plusieurs prestataires de services sociaux et soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins sociaux et de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (13). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les enfants et les adultes et leur réseau de soutien pendant les transitions de soins sont, entre autres, les suivants : personnel infirmier, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et personnel paramédical. Il est important de souligner que les personnes et leur réseau de soutien qui sont confrontés à une transition des soins sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs. La composition de l'équipe dépend de la nature de la transition, des besoins de la personne qui la vit et des types de soins ou de services fournis. Si les prestataires de services sociaux et de soins de santé fournissent des soins à une personne au cours d'une transition, on s'attend à ce qu'ils collaborent pour aider à planifier la transition.

**Approche interprofessionnelle et intersectorielle<sup>G</sup> :** Il s'agit d'une approche collaborative dans laquelle deux ou plusieurs prestataires de services sociaux ou de santé de différentes disciplines et de différents secteurs travaillent ensemble de manière formelle pour s'assurer que les personnes et leur réseau de soutien bénéficient d'une transition sûre en matière de soins.



**Soutien à la navigation**<sup>G</sup> : Il s'agit d'un soutien individualisé et coordonné fourni par des prestataires de services sociaux ou de soins de santé afin d'aider les personnes et leur réseau de soutien à surmonter les difficultés rencontrées dans le système de soins sociaux et de santé lors des transitions des soins. Dans le cadre de cette LDPE, le soutien à la navigation implique un suivi régulier par un prestataire de services sociaux ou de soins de santé qui s'occupe des besoins individuels de la personne et la met en relation avec les services et soutiens adéquats. Il peut s'agir de fournir aux personnes les informations et les ressources dont elles ont besoin pour atteindre leurs objectifs de soins, de les mettre en relation avec d'autres prestataires de services sociaux et de soins de santé, d'aider à réduire les obstacles qui empêchent les personnes d'accéder à des soins en temps opportun, de fournir un soutien social et émotionnel et d'améliorer l'accès à des **soins culturellement sûrs**<sup>G</sup>.

**Travailleur pair ayant une expérience concrète** : Une personne qui a vécu des expériences similaires à celles de ses pairs, comme un problème de santé mentale ou une maladie, et qui est formée pour aider les autres dans leur parcours en leur apportant un soutien pratique et émotionnel (14). Ils ont souvent l'expérience de services similaires à ceux utilisés par leurs pairs. Dans ce guide, les travailleurs pairs ayant une expérience concrète sont également appelés « travailleurs pairs ». Ces travailleurs ne sont pas réglementés.

**Réseau de soutien** : Les personnes identifiées par une personne comme étant importantes dans sa vie. Le réseau peut inclure des personnes qui ont un lien de parenté ou un lien émotionnel ou juridique avec le patient ou qui ont des liens étroits avec lui, comme un ami, un conjoint, ainsi qu'une personne avec qui le patient cohabite, est en relation intime ou partage la responsabilité d'élever des enfants (15). Dans le cadre de cette LDPE, ce terme inclut la famille, les amis et les **soignants**<sup>G</sup> qui apportent leur soutien lors d'une transition des soins.

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires et autres ressources de l'AIIAO connexes à la présente ligne directrice

D'autres LDPE de l'AIIAO ainsi que des ressources fondées sur des données probantes appuient la mise en application de cette LDPE. Voir l'**annexe B** pour connaître les LDPE de l'AIIAO et d'autres ressources fondées sur des données probantes sur les sujets connexes suivants :

- l'équité en matière de santé pour les communautés 2SLGBTQI
- une approche de soins palliatifs durant les douze derniers mois de la vie
- la science, les cadres et les ressources de mise en œuvre
- la collaboration interprofessionnelle
- les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille
- **les déterminants sociaux de la santé**<sup>G</sup>

## Énoncés de pratiques exemplaires et recommandations

Ce guide comprend à la fois des énoncés de pratiques exemplaires et des recommandations graduées.

Les énoncés de pratiques exemplaires sont des énoncés réalisables qui devraient être mis en pratique (16). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du comité d'experts (16). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (16,17). Étant donné le niveau élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de pratique exemplaire l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur une revue systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de

leurs données probantes ou de leur solidité (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (18). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien qu'elles puissent être étayées par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (16). En tant que tels, les énoncés de pratique exemplaire doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car elles reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (16). Il est important de noter que les énoncés de pratiques exemplaires ne sont pas faits en raison d'un manque de données probantes et qu'ils ne sont pas non plus basés sur l'avis d'un expert.

Les LDPE de l'AIIO sont élaborées en utilisant la méthode GRADE (**Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation]**)<sup>G</sup>. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice, y compris l'utilisation des méthodes GRADE, voir l'**annexe C**.

Les recommandations graduées sont également des énoncés pouvant donner lieu à une action; cependant, les énoncés des recommandations sont formés sur la base d'un lien direct ou indirect avec un ensemble de données probantes trouvées par le biais du processus de revue systématique (17). Les recommandations sont formulées comme *fortes* ou *conditionnelles* en tenant compte de la *certitude des données probantes*, des *valeurs et des préférences* des personnes concernées par la recommandation, et de l'*équité en matière de santé* (voir **Interprétation des données et des énoncés de recommandation** à la page 14).

Bien que les énoncés de pratiques exemplaires et les recommandations soient élaborés différemment, ils fournissent tous les deux des conseils détaillés sur une action/intervention qui devrait (ou ne devrait pas) être réalisée (17). Par conséquent, les énoncés de pratiques exemplaires et les recommandations doivent suivre le même processus de mise en œuvre (voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 82).

Les recommandations et les pratiques exemplaires contenues dans cette LDPE portent sur des domaines uniques et se recoupent pour favoriser des transitions sûres et efficaces dans les soins pour les personnes et leur réseau de soutien. Plus précisément, la LDPE se concentre sur les domaines suivants :

- la collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien;
- l'évaluation des besoins en matière de soins et l'état de préparation à une transition;
- la collaboration interprofessionnelle;
- l'examen de l'historique des médicaments;
- le soutien à la navigation.

Les recommandations et les pratiques exemplaires contenues dans cette LDPE s'appliquent à tous les lieux de pratique où les personnes et leur réseau de soutien rencontrent une transition accèdent à des soins ou à des services.

## Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines de soins prioritaires, tels que définis par le comité d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à une synthèse des données. Elles éclairent les **questions de recherche sur la PICR (population, intervention, comparaisons et résultats)**<sup>G</sup> qui orientent les revues systématiques de la documentation et, par la suite, les recommandations. Les résultats potentiels ont fait l'objet d'un remue-méninges et ont été classés par ordre de priorité par le comité d'experts pour chaque question de recommandation, et une revue systématique individuelle a été réalisée pour chaque question de recommandation, conformément aux méthodes GRADE (19).

Voici les questions de recommandation prioritaires et les recommandations du comité d'experts qui ont servi de base à l'élaboration des recommandations dans cette LDPE. Les résultats sont présentés selon l'ordre d'importance établi par le comité d'experts.

- **Question de recommandation n° 1 :** Le soutien d'un **intervenant pivot**<sup>G</sup> doit-il être recommandé ou non pour les personnes confrontées à une transition dans les soins?

**Résultats :** Qualité de vie des patients, visites aux urgences (dans les 30 jours suivant la transition des soins), **visites de suivi avec un prestataire de services sociaux ou de soins de santé**<sup>G</sup>, satisfaction des patients et taux de réadmission (dans les 30 jours suivant la transition des soins).

- **Question de recommandation n° 2 :** Faut-il recommander ou non une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour soutenir les personnes confrontées à une transition des soins?

**Résultats :** Visite de suivi avec un prestataire de services sociaux ou de soins de santé, visites aux urgences (dans les 30 jours suivant la transition des soins), qualité de vie du patient, satisfaction du patient, taux de réadmission (dans les 30 jours suivant la transition des soins).

**Remarque :** Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR que le comité d'experts a formulées pour orienter les revues systématiques de la documentation et préparer cette LDPE. Pour en savoir plus sur les questions de recommandation sur la PICR et le détail du processus par lequel le comité d'experts a déterminé les questions et les résultats des recommandations prioritaires, voir l'[annexe C](#).

Aucune question de recommandation n'a été formulée sur les stratégies de formation de base requises pour les programmes d'études ou pour la formation continue et le perfectionnement professionnel des infirmiers ou des membres de l'équipe interprofessionnelle dans le domaine du soutien aux personnes et à leur réseau de soutien face à une transition dans les soins. Voir l'[annexe D](#) pour connaître les **recommandations relatives à la formation**<sup>G</sup> que les enseignants, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement général et professionnel sont invités à utiliser pour favoriser l'adoption de cette LDPE.





# Résumé des recommandations et des pratiques exemplaires

Cette LDPE remplace la première édition de la LDPE de l'AIIAO sur les *Transitions des soins* qui a été publiée en 2014 (5).

Vous pouvez obtenir une comparaison des recommandations incluses dans la présente LDPE et de celles des LDPE précédentes [en ligne](#).

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<b>Collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien</b>	
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 1.0 :</b></p> <p>La pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé collaborent avec les personnes et leur réseau de soutien avant, pendant et après une transition de soins afin d'assurer une transition sûre et efficace.</p> <p><i>Cet énoncé de pratique exemplaire est un énoncé global qui est à la base de la mise en œuvre de tous les autres recommandations et énoncés de pratiques exemplaires.</i></p>	Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.
<b>Évaluation des besoins en matière de soins et l'état de préparation à une transition</b>	
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 2.0 :</b></p> <p>La pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé évaluent avec les personnes et leur réseau de soutien leurs besoins en matière de soins et leur état de préparation à une transition.</p>	Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.
<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 3.0 :</b></p> <p>La pratique exemplaire veut que les membres de l'équipe interprofessionnelle collaborent à l'élaboration d'un plan de transition qui réponde aux besoins particuliers des personnes et de leur réseau de soutien.</p>	Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.
<p><b>Recommandation 3.1 :</b></p> <p>Le comité d'experts suggère que les organisations de santé et de services sociaux collaborent à la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour soutenir les personnes qui subissent des transitions dans les soins.</p>	Conditionnelle

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<b>Examen de l'historique des médicaments</b>	
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 4.0 :</b></p> <p>Afin de garantir la sécurité des médicaments, il est souhaitable que les prestataires de soins de santé effectuent les démarches suivantes en collaboration avec la personne en transition et son réseau de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible;</li> <li>■ effectuer un bilan comparatif des médicaments à tous les points de transition.</li> </ul>	Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.
<b>Soutien à la navigation</b>	
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 5.0 :</b></p> <p>Une pratique exemplaire consiste, pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, à fournir aux personnes et à leur réseau de soutien des renseignements et une aide pour gérer leurs besoins pendant et après les transitions dans les soins.</p>	Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE.
<p><b>Recommandation 5.1 :</b></p> <p>Le comité d'experts suggère que le soutien à la navigation soit fourni par les prestataires de services sociaux ou de soins de santé aux personnes ayant des besoins complexes en matière de soins et qui sont confrontées à une transition de soins. Ce soutien comprend un suivi régulier par le(s) prestataire(s) afin d'évaluer et de répondre aux besoins actuels et évolutifs de la personne en matière de soins de santé et de services sociaux.</p>	Conditionnelle
<p><b>Recommandation 5.2 :</b></p> <p>Le comité d'experts suggère que des travailleurs pairs ayant une expérience concrète offrent un soutien aux personnes ayant des besoins en matière de santé mentale qui sont confrontées à une transition dans les soins.</p>	Conditionnelle

# Interprétation des données et énoncés de recommandation

GRADE fournit un cadre transparent et une approche systématique pour évaluer la certitude des données probantes et déterminer la force des recommandations (19).

## Degré de certitude des données

En **recherche quantitative**<sup>G</sup>, le degré de certitude des données (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (19). L'évaluation du degré de certitude des données est effectuée après avoir fait la synthèse des données relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude des données est établi en tenant compte du degré de certitude des données relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données selon s'il est *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition des différentes catégories).

**Tableau 1 : Degré de certitude des données**

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
<b>Élevée</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
<b>Moyen</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen, et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
<b>Faible</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité que l'effet réel s'écarte sensiblement de l'effet prévu.
<b>Très faible</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit avec l'autorisation de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et coll.*, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue], 2013 [cité le 31 août 2018]. Tableau 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur le site Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

**Remarque :** Le degré de certitude attribué aux données figure au-dessous de chaque énoncé de recommandation. Pour en savoir plus sur le processus de détermination du degré de certitude attribué aux données ainsi que sur les décisions documentées prises par les méthodologues chargés de l'élaboration de cette ligne directrice de l'AIIAO, veuillez voir l'**annexe C**.

## Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou de *conditionnelles* selon le degré de *certitude des données probantes* associé aux différentes études et selon les critères de base suivants (voir les définitions dans la section **Discussion sur les données**) :

- l'équilibre entre les bénéfices et les inconvénients;
- les valeurs et préférences;
- l'équité dans l'accès aux soins.

Selon Schunemann et coll., « une recommandation forte indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) » (19). En revanche, « une recommandation conditionnelle indique que le comité d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude » (19).

Lorsque le degré global de certitude des données est élevé ou moyen, les membres du comité d'experts peuvent être sûrs que les données sont crédibles et qu'elles soutiendront donc une recommandation forte. En outre, les membres du comité d'experts doivent s'assurer que les avantages l'emportent sur les inconvénients et qu'il existe une confiance raisonnable et une variabilité limitée dans les valeurs et les préférences des personnes (20). Cependant, lorsque le degré global de certitude des données est faible ou très faible, il existe une incertitude quant aux répercussions de l'intervention en question et les membres du comité d'experts doivent s'attendre à des recommandations conditionnelles (20).

Le **tableau 2** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

**Tableau 2 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles**

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS FORTES ET CONDITIONNELLES		
GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les bénéfices d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes.</li> <li>■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu.</li> <li>■ Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les bénéfices de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la majorité des personnes.</li> <li>■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales.</li> <li>■ Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.</li> </ul>

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS FORTES ET CONDITIONNELLES		
GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les personnes recevant des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.</li> </ul>
Pour les décideurs de politiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un débat approfondi et la participation de nombreux intervenants seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.</li> </ul>

Source : Adapté avec l'autorisation de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et coll.*, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue], 2013 [cité le 11 mai 2020]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Accessible sur le site Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

**Remarque :** La force de chaque énoncé de recommandation est indiquée directement à côté et dans le **Résumé des recommandations et des pratiques exemplaires**. Pour en savoir plus sur le processus adopté par le comité d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter l'**annexe D**.

## Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

- Avantages et inconvénients :** Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée, selon la documentation. Le contenu de cette section contient les études retenues dans le cadre des revues systématiques de la documentation.
- Valeurs et préférences :** L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche **centrée sur la personne**<sup>G</sup>. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du comité d'experts.
- Équité dans l'accès aux soins :** L'impact que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations et différents établissements, ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du comité d'experts.
- Conclusions du comité d'experts :** Fournit une raison pour laquelle le comité d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
- Conseils de mise en œuvre :** Met en lumière des informations pratiques pour les personnels infirmiers et les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de soutenir la mise en œuvre dans la pratique. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de la revue systématique de la documentation ou d'autres sources (p. ex., le comité d'experts).
- Ressources justificatives :** Ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : la pertinence, la crédibilité, la qualité, l'accessibilité et l'actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). Pour en savoir plus sur ce processus et les cinq critères, voir l'**annexe C**. La liste n'est pas exhaustive et l'ajout d'une ressource à l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource justificative connue.



# Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lors de la mise en pratique des recommandations et les énoncés de pratiques exemplaires de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer son application et ses effets.

Le modèle de Donabedian prévoit l'élaboration d'indicateurs pour l'évaluation des soins de santé et distingue trois catégories d'indicateurs : le mode de structure, le processus et les résultats (21).

La **structure** décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Il comprend les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières.

Le **processus** consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.

Les **résultats** permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé ou des systèmes de santé (21).

Pour plus de détails, voir les sections **Surveillance de l'utilisation des connaissances** et **Évaluation des résultats** dans la [Trousse pour la conduite du changement](#) (4).

Les indicateurs suivants ont été développés pour soutenir l'évaluation et l'amélioration de la qualité. Les **tableaux 3 et 4** fournissent une liste d'indicateurs de processus et de résultats permettant d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE et sont dérivés des recommandations de la LDPE et des énoncés de pratiques exemplaires. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des référentiels ou des instruments de données locaux, provinciaux, nationaux ou internationaux. L'alignement sur les référentiels ou les instruments de données est déterminé en comparant les critères suivants avec les indicateurs développés : la définition opérationnelle; si l'indicateur est sensible aux soins infirmiers; et les critères d'inclusion/exclusion. Selon le niveau d'alignement, un indicateur peut être décrit comme étant totalement, partiellement ou pas du tout aligné sur les référentiels ou les instruments de données externes. Les indicateurs peuvent être adoptés à partir de référentiels ou d'instruments de données externes.

Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation. Sélectionner les indicateurs les plus pertinents pour les changements apportés à la pratique, à l'éducation ou à la politique, sur la base des recommandations de la LDPE et des énoncés de pratiques exemplaires qui sont prioritaires pour la mise en œuvre.

Le **tableau 3** soutient l'évaluation des changements dans les pratiques durant leur mise en œuvre. Les mesures sont directement associées aux recommandations spécifiques ainsi qu'aux énoncés de pratiques exemplaires et soutiennent l'amélioration du processus.

Tableau 3 : Indicateurs de processus

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS DE RÉFÉRENTIELS OU D'INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 2.0</b></p>	<p>Pourcentage de personnes ayant bénéficié d'une évaluation visant à déterminer les besoins en matière de soins et l'état de préparation à une transition avant une transition des soins, au cours de la période de mesure</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant bénéficié d'une évaluation visant à déterminer les besoins en matière de soins et l'état de préparation à une transition avant une transition des soins, au cours de la période de mesure</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une transition de soins au cours de la période de mesure</i></p>	<p>Alignement partiel sur le National Quality Forum (NQF)</p>
<p><b>Énoncé de pratique exemplaire 3.0</b></p>	<p>Pourcentage de personnes ayant bénéficié de l'élaboration d'un plan de transition avant la transition des soins, au cours de la période de mesure</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant bénéficié de l'élaboration d'un plan de transition avant la transition des soins, au cours de la période de mesure</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une transition de soins au cours de la période de mesure</i></p>	<p>Nouveau</p>

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS DE RÉFÉRENTIELS OU D'INSTRUMENTS DE DONNÉES
Énoncé de pratique exemplaire 4.0	<p>Pourcentage de personnes pour lesquelles le meilleur schéma thérapeutique possible a été réalisé à tous les points de transition, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes pour lesquelles le meilleur schéma thérapeutique possible a été réalisé à tous les points de transition, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une transition de soins au cours de la période de mesure</p>	<p>Alignement partiel sur Agrément Canada, Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Quality Forum (NQF), Santé Ontario et Instrument d'évaluation exhaustive des résidents – Ensemble minimal de données (RAI-MDS)</p> <p>Alignement complet sur le programme Excellence en soins de santé Canada</p>
Énoncé de pratique exemplaire 4.0	<p>Pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments à tous les points de transition, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments à tous les points de transition, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une transition de soins au cours de la période de mesure</p>	<p>Alignement partiel sur BORN, ICES, Santé Ontario et RAI-MDS</p> <p>Alignement complet sur Agrément Canada, Excellence en soins de santé Canada et NQF</p>
Recommandation 5.1	<p>Pourcentage de personnes ayant des besoins de soins complexes qui ont bénéficié d'un soutien à la navigation pendant leur transition dans les soins, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ayant des besoins de soins complexes qui ont bénéficié d'un soutien à la navigation pendant leur transition dans les soins, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant des besoins de soins complexes qui ont connu une transition de soins au cours de la période de mesure</p>	Alignement partiel sur NQF

Le **tableau 4** présente des indicateurs de résultats permettant d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de changements dans les pratiques fondées sur des données probantes.

**Tableau 4 : Indicateurs de résultats**

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS DE RÉFÉRENTIELS OU D'INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Pourcentage de nouveaux bénéficiaires de soins à domicile financés par l'État, tous âges confondus, qui ont eu une visite non planifiée dans une urgence dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre de visites non planifiées aux urgences par les clients des soins à domicile nouvellement orientés vers les services de soins à domicile dans les 30 jours suivant le congé initial de l'hôpital</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre de clients orientés vers les soins à domicile depuis l'hôpital qui sont sortis de l'hôpital et ont reçu leur première visite de services de soins à domicile au cours de la période considérée</i></p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), le National Quality Forum (NQF) et Santé publique Ontario (SPO)</p>
<p>Proportion de visites non planifiées aux urgences pour des soins de santé mentale avec une deuxième visite non planifiée aux urgences pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie (consommation de substances*) dans les 30 jours</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Présence d'une ou plusieurs visites non planifiées aux urgences pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie (consommation de substances*) dans les 30 jours suivant la visite d'index</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Toutes les visites non planifiées aux urgences pour des problèmes de santé mentale au cours de la période couverte par le rapport</i></p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur l'ICIS, l'ICES, le NQF et le PHO</p>
<p>Pourcentage des congés d'hôpital (toutes pathologies confondues) ayant fait l'objet d'une notification en temps opportun (dans les 48 heures) et pour lesquelles un suivi a été effectué (par n'importe quel mode, n'importe quel clinicien) dans les 7 jours suivant le congé</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre de congés d'hôpital (toutes pathologies confondues) ayant fait l'objet d'une notification en temps opportun (dans les 48 heures) et pour lesquelles un suivi a été effectué (par n'importe quel mode, n'importe quel clinicien) dans les 7 jours suivant le congé</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre de congés d'hôpital ayant fait l'objet d'une notification en temps opportun (dans les 48 heures)</i></p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur le ICES et le NQF</p>

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS DE RÉFÉRENTIELS OU D'INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Pourcentage de congés d'hôpital psychiatrique (santé mentale ou toxicomanie [consommation de substances]*) ayant fait l'objet d'une visite de suivi auprès d'un médecin de soins primaires ou d'un psychiatre, dans les 7 jours suivant le congé</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de patients qui, dans les 7 jours suivant leur congé de l'hôpital, ont eu au moins une visite chez un psychiatre ou un médecin de soins primaires pour des raisons de santé mentale</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre de congés de soins de courte durée d'un épisode de soins dans lequel un problème de santé mentale et de toxicomanie (consommation de substances*) a été diagnostiqué et codé comme diagnostic le plus responsable</p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) et le National Quality Forum (NQF)</p>
<p>Pourcentage de personnes ayant reçu des soins de suivi dans les 30 jours suivant leur transition dans le cadre de leur plan de transition, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ayant reçu des soins de suivi dans les 30 jours suivant leur transition dans le cadre de leur plan de transition, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une transition de soins au cours de la période de mesure</p>	<p>Alignement partiel sur l'ICES, le NQF et le ministère de la santé de l'Ontario</p>
<p>Pourcentage de personnes satisfaites de leur transition dans les soins, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes satisfaites de leur transition dans les soins, au cours de la période de mesure</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une transition de soins au cours de la période de mesure</p>	<p>Alignement partiel sur l'ICES, le NQF, Santé Ontario et Statistique Canada</p>



INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS DE RÉFÉRENTIELS OU D'INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Taux de réadmissions non planifiées à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital après une hospitalisation pour l'une des pathologies suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, bronchopneumopathie chronique obstructive, crise cardiaque et autres pathologies cardiaques (pathologies sélectionnées par le HBAM Inpatient Grouper (HIG))</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de réadmissions ultérieures non électives (toutes causes confondues) dans un hôpital de soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital pour l'une des pathologies suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, crise cardiaque et autres pathologies cardiaques (pathologies sélectionnées par le HBAM Inpatient Grouper (HIG))</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de congés d'hôpital après une hospitalisation pour l'une des pathologies suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, crise cardiaque et autres pathologies cardiaques (certaines affections du HBAM Inpatient Grouper (HIG))</p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), la National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), le National Quality Forum (NQF), Santé publique Ontario (PHO) et Statistique Canada</p>
<p>Pourcentage de congés de l'hôpital psychiatrique (santé mentale ou toxicomanie [consommation de substances*]) suivis dans les 30 jours d'une autre admission dans un hôpital pour des raisons de santé mentale ou de toxicomanie (consommation de substances*)</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ayant été réadmis à l'hôpital pour des raisons de santé mentale ou de toxicomanie (consommation de substances*) dans les (<math>\leq</math>) 30 jours suivant le congé de l'hôpital</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de congés d'hôpital pour des raisons de santé mentale ou de toxicomanie (consommation de substances*) entre les années civiles considérées</p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur l'ICIS, l'ICES, le NDNQI, le NQF, SPO et Statistique Canada</p>

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS DE RÉFÉRENTIELS OU D'INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Taux, par 100 congés de patients, de retours non planifiés à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre d'épisodes de soins pour les patients médicaux et chirurgicaux ayant fait l'objet d'une réadmission urgente dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre d'épisodes de soins ayant donné lieu à un congé entre le 1<sup>er</sup> avril et le 1<sup>er</sup> mars de l'exercice financier pour les patients chirurgicaux et médicaux</i></p>	<p>Adopté par Santé Ontario (22)</p> <p>Alignement partiel sur l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), la National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), le National Quality Forum (NQF), Santé publique Ontario (PHO) et Statistique Canada</p>

\* L'AIIAO utilise la terminologie « santé mentale et toxicomanie » (23).

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Le [Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation](#)<sup>®</sup> (NQuIRE<sup>®</sup>) est un système unique de données en soins infirmiers hébergé par le Centre Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires qui permet aux OVPE<sup>MD</sup> de mesurer les effets de la mise en application des LDPE par les OVPE dans le monde. Le système de données NQuIRE recueille, compare et communique des données sur les indicateurs de structure des ressources humaines ainsi que sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats spécifiques aux lignes directrices et au domaine des soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres systèmes de mesure du rendement nouveaux ou existants, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas aux prestataires de soins appropriés et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système international de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes. Il se propose aussi de bonifier la sécurité de la personne, d'améliorer les résultats de santé et d'inciter le personnel à prendre conscience des liens qui existent entre la pratique et les résultats, tout cela dans le but d'améliorer la qualité des soins et de préconiser des ressources et politiques qui favorisent les changements conformes aux pratiques exemplaires (24).
- Les [ordonnances de la LDPE](#)<sup>MC</sup> intégrées aux dossiers électroniques sont des outils de mise en œuvre technologiques qui fournissent un mécanisme de saisie électronique des données sur les mesures de processus et des résultats. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures spécifiques des résultats chez les clients aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats spécifiques en matière de santé. Dans le domaine des SLD, les ensembles d'ordonnances de la LDPE ont évolué en [cheminements cliniques de l'AIIAO](#)<sup>MC G</sup> avec le soutien d'un personnel infirmier expérimenté ayant une grande expertise dans ce domaine. Les cheminements cliniques de l'AIIAO ont été intégrées dans un système de [dossier de santé électronique](#)<sup>G</sup> couramment utilisé et sont accessibles à tous les foyers de soins de longue durée du Canada.

# Contexte

## Transitions dans les soins

Une transition dans les soins est un moment important dans la prestation des soins de santé au cours duquel les renseignements et les besoins de soins d'une personne sont transférés entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, les équipes interprofessionnelles et les établissements (8). Une transition dans les soins a lieu lorsqu'une personne passe d'un cadre ou d'un secteur à un autre cadre ou secteur où des soins ou des services sont fournis, y compris (mais sans s'y limiter) : les soins primaires; les soins à domicile et de proximité; les cadres de santé mentale et de toxicomanie; les soins de courte durée; la réadaptation; les SLD; les établissements correctionnels; et les refuges. Il peut s'agir, par exemple, d'une transition du domicile vers un établissement de SLD ou d'un hôpital vers un centre de réadaptation. Les transitions peuvent également se produire au sein d'une même organisation, par exemple lorsqu'une personne passe d'une unité de soins intensifs à un service général dans un hôpital. Une transition dans les soins peut également représenter un événement majeur de la vie. Cela peut être particulièrement vrai pour les personnes qui s'installent dans une maison de SLD qui devient leur résidence permanente. Il est important de noter que les transitions ne sont pas toujours directes; au contraire, des transitions non linéaires peuvent se produire, les personnes passant par différents domaines du système de soins. Par exemple, une personne peut rentrer chez elle après un long séjour à l'hôpital, mais être réadmise à l'hôpital quelques jours plus tard. Les transitions dans les soins nécessitent une attention particulière et de la compassion de la part des prestataires de services sociaux et de soins de santé, ainsi qu'une attention particulière à la sécurité.

Dans un système de santé intégré, les personnes et leur réseau de soutien sont pris en charge par divers prestataires de services sociaux et de soins de santé au sein du système : ils ne sont jamais « renvoyés » d'une organisation de services sociaux ou de santé, mais passent plutôt d'un cadre ou d'un secteur à l'autre. Pour refléter cela, le terme « transition » a été intentionnellement utilisé dans cette ligne directrice au lieu de « congé », chaque fois que cela est possible.



## Défis pour les personnes et leur réseau de soutien lors des transitions dans les soins

Le processus de transition est compliqué dans les cas où les soins sont offerts dans différents contextes par de multiples prestataires de services sociaux et de soins de santé ayant des niveaux de responsabilité variables (25). On estime qu'au Canada, 30 % des personnes souffrent d'un manque de coordination lors des transitions dans les soins, comme le manque d'échange de renseignements ou la réception de renseignements contradictoires de la part des prestataires de soins de santé (26).

La communication et les processus de soins peuvent malheureusement être interrompus à plusieurs moments de la transition des soins, notamment : lors de la préparation des personnes et de leur réseau de soutien à la prochaine étape de la transition; lors de la communication du plan de soins de la personne à l'équipe qui reçoit les soins; lors du **bilan comparatif des médicaments**<sup>G</sup>; ou lors de l'évaluation des besoins en matière de soins, de l'organisation du transport et de la coordination des soins de suivi (25). Ces interruptions peuvent ensuite entraîner des risques pour la sécurité et des événements indésirables, tels que :

- un manque de renseignements pour gérer les besoins en matière de soins;
- des tests de diagnostic ou des traitements inutiles;
- des retards et des annulations d'examen médicaux, de procédures et d'interventions chirurgicales;
- des erreurs de médication;
- des blessures;
- des soins retardés ou de mauvaise qualité;
- des prestataires de services sociaux et de soins de santé qui ne reçoivent pas les résultats des tests et les rapports nécessaires au suivi des soins;
- des sous-diagnostic de nouveaux problèmes de santé;
- de la frustration des personnes et de leur réseau de soutien, ainsi que des prestataires de services sociaux et de soins de santé (8,25,27,28).

En outre, le manque d'efficacité peut contribuer à la détresse émotionnelle, à l'aggravation des symptômes et à des expériences négatives pour les personnes et leur réseau de soutien pendant les transitions dans les soins (8,25,29).

Les réadmissions non planifiées à l'hôpital, les visites aux urgences et l'augmentation des coûts des soins de santé sont d'autres conséquences d'une mauvaise coordination des soins (25). En fait, les réadmissions non planifiées à la suite d'un congé de l'hôpital constituent un fardeau important à l'échelle nationale et touchent près de 200 000 Canadiens chaque année (30). Au Canada, environ 1 personne sur 11 qui quitte l'hôpital est réadmise dans les 30 jours suivant la transition (31). En Ontario notamment, environ 20 % des personnes atteintes de maladies chroniques graves sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital (25). Cela a des conséquences financières importantes, car les réadmissions coûtent plus de 2,3 milliards de dollars par an au Canada (31). Si toutes les réadmissions ne peuvent être évitées, environ 25 % des réadmissions non planifiées à l'hôpital sont rétrospectivement considérées comme évitables (30).

Les taux de réadmission peuvent être réduits grâce à un meilleur suivi et à une meilleure coordination des soins après les transitions (31). De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques graves sortent de l'hôpital sans avoir pris de rendez-vous de suivi avec un prestataire de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital (25). En outre, en Ontario, 44 % des personnes ne se rendent pas aux rendez-vous de suivi après avoir quitté l'hôpital en raison d'une faible **compétence informationnelle en santé**<sup>G</sup>, d'obstacles financiers et d'un manque de soutien social (25). En outre, de nombreuses personnes en Ontario n'ont pas de prestataire de soins primaires pour assurer le suivi (32).

## Obstacles liés aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en matière de santé

L'accès aux soins de santé est généralement défini comme la possibilité pour les personnes d'obtenir les services et les soins de santé nécessaires (33). Une inégalité d'accès aux soins de santé comprend des différences qui se produisent dans l'état de santé et de bien-être d'une personne et qui sont systémiques, évitables et identifiées comme inéquitables et injustes (34). La recherche suggère que les obstacles liés aux déterminants sociaux de la santé, tels que l'instabilité du logement, le manque de transport, l'insuffisance du soutien social, le coût des soins pour la personne (par exemple, le coût des ordonnances, de l'équipement médical et du transport), le faible niveau de compétence informationnelle en santé, le manque de produits de première nécessité, le chômage et les difficultés financières, le manque de services de garde d'enfants abordables et le statut de l'assurance, compliquent les transitions dans les soins et a une incidence négative sur l'accès aux services de santé et sur les résultats en matière de santé (35-38). D'autres obstacles peuvent être le manque d'accès en temps voulu aux soins primaires et aux spécialistes, en particulier pour les personnes vivant dans des collectivités rurales et isolées (25).

De nombreuses populations sont particulièrement vulnérables et se heurtent à des obstacles en matière de soins, et les disparités socio-économiques préexistantes compliquent encore l'accès aux soins et les inégalités en matière de santé (36,39). Une liste non exhaustive de ces populations comprend : les personnes résidant dans des collectivités rurales; les personnes présentant une diversité sexuelle ou de genre; les personnes mal logées; les enfants et les jeunes présentant des conditions médicales complexes; les personnes handicapées; les nouveaux immigrants et les réfugiés dans le pays; les personnes qui consomment des substances; et les personnes confrontées à des barrières socio-économiques, culturelles et linguistiques (25,40). Les personnes de couleur confrontées à un racisme historique et systémique, comme les peuples **autochtones**<sup>G</sup> (Premières Nations, Inuits et Métis), peuvent se heurter à des obstacles supplémentaires lors des transitions dans les soins, notamment le manque d'accès à des soins culturellement sûrs (25,28). Il a été demandé au système de santé canadien de combler les lacunes dans les résultats de santé des populations autochtones et de fournir un accès à des services de santé culturellement sûrs (41).

## Rationalisation du soutien lors des transitions de soins

Pour que les décisions en matière de soins respectent les besoins, les valeurs et les préférences uniques des personnes et de leur réseau de soutien – et pour assurer une transition harmonieuse, sûre, coordonnée et réussie des soins – les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent collaborer avec les personnes et leur réseau de soutien (25,27), car ils sont les experts de leur propre situation (42). Une approche interprofessionnelle collaborative facilitera la caractérisation des besoins physiques, émotionnels, sociaux et spirituels de la personne, l'élaboration d'un **plan de transition**<sup>G</sup> et la coordination des orientations et des services essentiels. Pour les personnes qui n'ont pas de réseau de soutien, des considérations supplémentaires doivent être prises en compte pour s'assurer qu'elles bénéficient d'un soutien adéquat pendant la transition.

Il est important de veiller à ce que toutes les personnes qui font l'objet d'une transition de soins reçoivent des renseignements et un soutien pour gérer leurs besoins en matière de soins de santé et de services sociaux à la suite d'une transition (25). Il s'agit d'éducation à la santé, de renseignements sur les médicaments, de rendez-vous de suivi, de ressources communautaires et de personnes à contacter en cas de questions ou de problèmes (25). Les soignants et les autres membres du réseau de soutien de la personne doivent également bénéficier d'un soutien adéquat, par exemple des renseignements sur les groupes de soutien familial ou les soins de relève (25). Les personnes ayant des besoins de soins complexes peuvent bénéficier d'un soutien supplémentaire pour les aider à naviguer dans le système de santé et de soins sociaux, comme un suivi de routine par un prestataire de services sociaux et de soins de santé qui peut évaluer et lever les obstacles aux soins et s'occuper de l'évolution des besoins en matière de soins (43,44).

## Cocréation avec les équipes de santé de l'Ontario

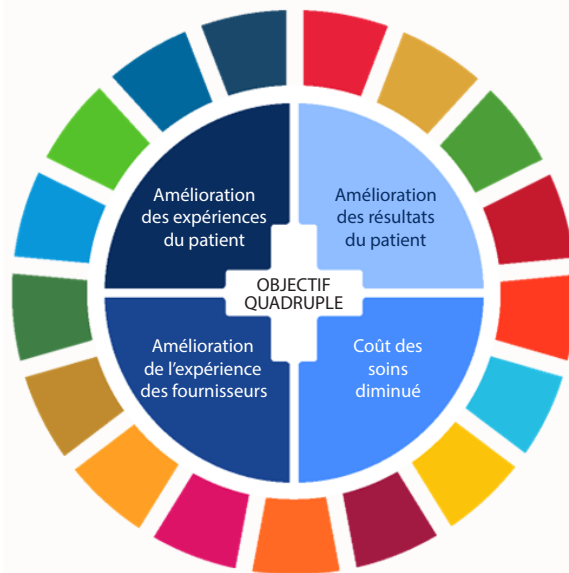
Dans la province de l'Ontario, le lancement des ESO en 2019 a constitué une étape importante dans le processus d'intégration des soins (6). Les ESO sont des groupes de prestataires de services sociaux et de soins de santé et d'organisations qui travaillent ensemble pour fournir un continuum de soins coordonnés à la population qui leur est attribuée (9). Les ESO modifient la façon dont les soins sont offerts en Ontario et, à ce titre, elles sont bien placées pour améliorer la prestation des services de santé grâce à la collaboration intersectorielle et pour veiller à ce que les personnes bénéficient de transitions harmonieuses en matière de soins (9).



Le modèle OVPE<sup>MD</sup> pour les ESO a été mis en place pour répondre à la transformation du système de santé en Ontario en proposant une approche sur mesure pour élaborer et diffuser les pratiques exemplaires au sein des systèmes de soins intégrés. Le programme fournit une structure et utilise des approches pour mobiliser des équipes de différentes disciplines et secteurs vers leurs objectifs collectifs ainsi que pour évaluer les résultats. L'AIIAO a établi des partenariats officiels avec des ESO dans toute la province pour les aider à faire progresser l'Objectif quadruple et les ODD des Nations unies en s'occupant de la santé de la population, en soutenant les populations mal desservies et en promouvant l'équité en matière de santé (voir la **figure 1**). L'Objectif quadruple est un cadre internationalement reconnu pour la prestation de soins de santé qui s'articule autour de quatre objectifs primordiaux : (1) l'amélioration de l'expérience des personnes recevant des soins; (2) l'amélioration de l'expérience des prestataires de services sociaux et de soins de santé; (3) l'amélioration des résultats en matière de santé; et (4) la réduction des coûts des soins de santé (45). Les ODD des Nations unies ont été lancés en 2015 comme un appel universel à l'action afin de mettre fin à la pauvreté, de protéger la planète et d'assurer la paix et la prospérité pour tous (46).

Les OVPE ESO sont soutenues par l'AIIAO pour mettre en œuvre systématiquement et collectivement des LDPE fondées sur des données probantes dans le continuum des soins, en utilisant une approche de la santé de la population. Les OVPE ESO mettront en œuvre la LDPE relative aux *Transitions dans les soins et les services*. Cette LDPE a été élaborée en collaboration avec les OVPE ESO afin de s'assurer que les recommandations correspondent aux besoins des personnes et de leur réseau de soutien, des organisations et du système de santé. Le comité d'experts pour cette LDPE comprenait des prestataires de services sociaux et de soins de santé et des personnes ayant une expérience concrète provenant de quatre OVPE ESO. D'autres OVPE ESO ont fait part de leurs commentaires sur la LDPE au cours de la phase de revue par les **intervenants**<sup>G</sup>.

**Figure 1 : Le programme OVPE soutient la réalisation de l'Objectif quadruple et des Objectifs de développement durable**



Tiré de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Rapport du groupe de travail sur les infirmières et infirmiers autorisés : Une vision pour demain [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web : [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/NP\\_TF\\_Feb\\_25\\_FINAL\\_3.pdf](https://www.rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf)

## Conclusion

Ce guide fournit des recommandations fondées sur des données probantes à l'intention du personnel infirmier, des membres de l'équipe interprofessionnelle, des organisations et du système de santé, afin de favoriser des transitions sûres et efficaces dans les soins aux enfants et aux adultes, ainsi qu'à leurs réseaux de soutien. Cette LDPE a été élaborée en collaboration avec des personnes ayant une expérience concrète et un large éventail de membres du comité d'experts, y compris des représentants des OVPE ESO, afin de s'assurer que les recommandations soutiennent les soins intégrés dans tous les contextes et les secteurs, et qu'elles améliorent en fin de compte les résultats en matière de santé et l'équité en matière de santé pour les personnes confrontées à des transitions dans les soins et les services.

# Recommandations et énoncés de pratiques exemplaires

## COLLABORATION AVEC LES PERSONNES ET LEUR RÉSEAU DE SOUTIEN

### ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 1.0 :

La pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé collaborent avec les personnes et leur réseau de soutien avant, pendant et après une transition de soins afin d'assurer une transition sûre et efficace.

*Cet énoncé de pratique exemplaire est un énoncé global qui est à la base de la mise en œuvre de tous les autres recommandations et énoncés de pratiques exemplaires.*

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (18). La collaboration active avec les personnes lors de l'élaboration d'un plan de soins – et la définition de leurs objectifs, souhaits et préférences – est une norme de pratique professionnelle (47-50) : ne pas collaborer avec elles serait contraire à l'éthique. En tant que telle, la collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien avant, pendant et après une transition dans les soins est une pratique clinique exemplaire.

Lors d'une transition de soins, les renseignements sur la santé et les besoins de soins d'une personne sont transférés aux prestataires de services sociaux et de soins de santé, aux équipes interprofessionnelles et aux établissements (8). Pour obtenir les meilleurs résultats lors d'une transition de soins, il est impératif que les prestataires de services sociaux et de soins de santé fassent appel à un processus de prise de décision éclairée et partagée (38,51,52). La prise de décision partagée est un processus de collaboration qui implique qu'une personne et son prestataire de services sociaux et de soins de santé travaillent ensemble pour parvenir à une décision mutuelle concernant leurs soins actuels ou futurs (53). La prise de décision partagée ne se limite pas à transmettre des connaissances aux personnes et à leur réseau de soutien; elle implique également de déterminer et d'intégrer les souhaits et les préférences de la personne (53). La recherche suggère que lorsque les personnes reçoivent des renseignements qu'elles comprennent et sur lesquelles elles peuvent agir – et lorsque le soutien est personnalisé pour répondre à leurs besoins – elles sont mieux équipées pour gérer leur santé après la transition des soins (51).

Lors de la préparation d'une transition dans les soins, les personnes devraient avoir la possibilité de s'engager dans des discussions significatives avec les prestataires de services sociaux et de soins de santé. Ces discussions devraient, avec le consentement de la personne, également impliquer son réseau de soutien, car celui-ci joue un rôle essentiel dans la transition de la personne (25,38). Par exemple, le réseau de soutien de la personne peut fournir des renseignements pertinents sur son état de santé et ses besoins physiques et psychosociaux (25). Il peut également participer directement aux soins (administration de médicaments, soins des plaies, aide dans les activités quotidiennes, organisation du transport pour les rendez-vous de suivi, surveillance des signes et symptômes inquiétants et défense des intérêts de la personne) (25,54). Malgré le rôle essentiel que jouent les soignants et les autres membres du réseau de soutien d'une personne lors des transitions dans les soins, ils ne sont souvent pas impliqués dans le processus de planification (55,56).

Lorsque la perspective de la personne ainsi que celle de leur réseau de soutien sont négligées, il peut en résulter de la frustration, des déséquilibres de pouvoir, le non-respect du plan de soins ou des plans de soins inappropriés (51,57-59). Les personnes

et leurs réseaux de soutien ont également fait état d'un sentiment d'abandon, d'un manque de confiance lorsqu'il s'agit de s'orienter dans le système de santé et d'un sentiment d'anxiété dû à un manque de préparation à la transition ou à un manque de ressources pour prendre en charge leur maladie (60). Il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé soient à l'écoute des besoins des personnes et de leur réseau de soutien et qu'ils prennent réellement en considération leurs préférences. Lorsque les recommandations formulées ne reflètent pas les souhaits ou les préférences d'une personne, il est essentiel d'expliquer pourquoi différents traitements/activités cliniques ont été recommandés (51). Une pratique collaborative qui respecte les besoins, les souhaits et les capacités des personnes ainsi que de leur réseau de soutien est de la plus haute importance pour garantir une transition sûre, harmonieuse, coordonnée et réussie des soins (8,27,51).

## Conseils de mise en œuvre

### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Lorsque des personnes et leur réseau de soutien sont confrontés à une transition des soins, il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé posent des questions ouvertes pour s'assurer que la voix et les préoccupations de ces personnes sont entendues et que les soins sont adaptés à leurs besoins, leurs souhaits et leurs préférences. Voici quelques exemples de questions :
  - Quels sont vos objectifs de soins et comment pouvons-nous vous aider à les atteindre?
  - Que pouvons-nous faire pour mieux vous aider pendant la transition?
  - Y a-t-il d'autres renseignements sur votre santé ou vos préférences en matière de soins que vous souhaitez me communiquer et sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions?
- Engagement et confiance : lorsqu'ils collaborent avec des personnes pour planifier une transition, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent faire ce qui suit :
  - D'abord réfléchir aux préjugés et aux perceptions qu'ils apportent dans la relation.
  - Établir une relation de confiance avec la personne en expliquant clairement son rôle, les raisons pour lesquelles certaines questions sont posées, les personnes avec lesquelles les renseignements seront communiqués et la manière dont les renseignements recueillis soutiendront le plan de soins.
  - Identifier les membres du réseau de soutien de la personne qui seront impliqués dans la transition des soins. Cette démarche doit être effectuée avant la transition des soins ou des services, et elle doit être documentée dans le plan de transition.
  - Demander la permission avant de poser des questions et veiller à ce que la confidentialité soit respectée. Une approche empathique et sans jugement peut aider les personnes et leur réseau de soutien à se sentir soutenus et en sécurité lorsqu'ils discutent de leurs préoccupations.
  - Veiller à ce que les personnes et leur réseau de soutien soient impliqués dans les conversations dès le début de la planification d'une transition.
  - Veiller à ce que les personnes ainsi que leur réseau de soutien ont une voix active et sont réellement engagés dans la discussion. Les signes d'engagement peuvent inclure le fait de poser des questions, de demander des renseignements et de faire part de ses observations ou de ses préoccupations.
  - Organiser une réunion pour planifier la transition à un moment qui convient à la personne recevant les soins ainsi qu'à son réseau de soutien. La réunion doit avoir lieu, dans la mesure du possible, au moins quelques jours avant la transition afin de donner à la personne soignée et à son réseau de soutien le temps de s'adapter à la transition, d'assimiler les renseignements et de poser des questions.
  - Se concentrer sur les interventions les mieux adaptées aux objectifs de soins de la personne.

- Utiliser une **approche fondée sur les points forts**<sup>G</sup>, qui consiste à reconnaître les connaissances, les capacités et les relations existantes des personnes qui peuvent les aider à atteindre leurs objectifs en matière de soins.
- Respecter l'autonomie de chaque personne et comprendre que les personnes ont le droit de prendre des décisions avec lesquelles les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent ne pas être d'accord.
- Fournir une copie du plan de transition à la personne recevant les soins ainsi qu'à son réseau de soutien.
- Des considérations doivent être prises en compte lors de la communication avec des personnes handicapées, des personnes souffrant de déficiences cognitives ou de problèmes de santé mentale, ou lorsqu'il existe des barrières linguistiques. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent réduire au minimum le jargon médical et veiller à ce que les documents imprimés soient rédigés dans un langage simple, de niveau de la 5<sup>e</sup> ou de la 6<sup>e</sup> année du primaire. Si nécessaire, des services de traduction et d'interprétation doivent être planifiés.
- Les soins doivent être prodigués dans le respect de la culture, de la psychologie et en **tenant compte des traumatismes**<sup>G</sup>. Des relations thérapeutiques sûres et de confiance s'établissent lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé comprennent comment l'expérience concrète d'une personne – y compris la conséquence d'un traumatisme ou d'expériences négatives antérieures au sein du système de santé – peut influencer les comportements d'une personne en matière de santé.
- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent étudier les réalités socio-économiques, les préoccupations et les sensibilités culturelles afin de s'assurer que les personnes et leur réseau de soutien disposent des ressources et des services nécessaires pour optimiser la transition.
- Définir les obstacles aux soins : les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent explorer les obstacles auxquels les personnes peuvent être confrontées lors d'une transition des soins et les obstacles qui peuvent être surmontés. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent examiner si la personne :
  - dispose d'un réseau de soutien pour l'aider pendant la transition;
  - a accès aux ressources en matière de soins de santé, y compris au soutien à la navigation;
  - a subi un traumatisme lié à l'accès aux services de santé;
  - a des limitations physiques ou des déficiences cognitives;
  - peut lire et comprendre des documents écrits et des instructions;
  - peut se permettre les traitements, les équipements ou les médicaments proposés;
  - a accès à un téléphone pour prendre des rendez-vous ou à l'internet pour assister à des rendez-vous virtuels;
  - a accès à des moyens de transport pour se rendre à des rendez-vous en personne;
  - est confrontée à des obstacles qui l'empêchent de se rendre à ses rendez-vous en raison des exigences de son travail (par exemple, absence d'horaires de travail flexibles, de congés payés ou d'avantages sociaux);
  - dispose d'un logement stable et d'une situation de vie sûre;
  - peut se procurer de la nourriture et d'autres produits de première nécessité.
- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent collaborer avec les personnes pour évaluer la qualité de la transition et déterminer dans quelle mesure les services répondent aux besoins de la personne.
- Si la transition ne se déroule pas comme prévu, veiller à ce que la personne et son réseau de soutien sachent qui contacter et à quel moment.

## Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>RESSOURCES POUR LES PERSONNES ET LEUR RÉSEAU DE SOUTIEN</b>	
Société Alzheimer du Canada. À propos de moi – Engager la conversation [Internet]. Vaughan (ON) : Société Alzheimer du Canada; c2014. Accessible sur le site Web : <a href="https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all_about_me_a_conversation_starter_f.pdf">https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all_about_me_a_conversation_starter_f.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Document décrivant les renseignements que les personnes souhaitent communiquer aux prestataires de services sociaux et de soins de santé.</li> <li>■ Par exemple : « J'aime qu'on m'appelle... » et « Pour moi une journée typique comprend... »</li> </ul>
OOSP (Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient). Dans : OpenLab [Internet]. Toronto (Ont.) : OpenLab; 2019. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="http://uhnopenlab.ca/project/pods/">http://uhnopenlab.ca/project/pods/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) est un <b>sommaire de congé<sup>G</sup></b> conçu pour les personnes en transition entre l'hôpital et le domicile. Il n'est pas destiné à remplacer le sommaire du congé traditionnel envoyé au prestataire de soins primaires.</li> <li>■ L'OOSP contient des renseignements utiles que les personnes doivent connaître, notamment sur les médicaments, les changements de régime alimentaire et d'activités, les rendez-vous de suivi et les symptômes à surveiller après une transition.</li> <li>■ Voir l'<b>annexe G</b> pour le modèle OOSP.</li> </ul>
<b>RESSOURCES POUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SOINS DE SANTÉ</b>	
Adams S, Nicholas D, Mahant S, et coll. Care maps for children with medical complexity. <i>Developmental Medicine &amp; Child Neurology</i> [Internet]. 2017;59(12):1299-306. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dmcn.13576">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dmcn.13576</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cette étude explore la signification des <i>care maps</i> (cartes de soins) pour les familles.</li> <li>■ Une carte de soins est un diagramme qui représente visuellement le réseau complexe de services dont les enfants souffrant de problèmes médicaux complexes ainsi que leurs familles ont besoin. La carte est créée par le patient/la famille.</li> </ul>



RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Agency for Healthcare Research (AHRQ). AHRQ health literacy universal precautions toolkit. 2<sup>e</sup> éd. [En ligne]. Rockville (MD) : AHRQ; 2020. Tool 5: use the teach-back method. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournit des faits, des instructions et des conseils utiles sur la manière d'apprendre et d'utiliser ensuite la méthode « teach-back » avec des personnes et leur réseau de soutien.</li> <li>■ Cela permet de s'assurer que l'éducation à la santé est expliquée d'une manière compréhensible pour les personnes concernées et leur réseau de soutien.</li> </ul>
<p>Building Rapport with Patients: OARS Communication Skills. Dans : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD) : AHRQ; 2016. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/evidencenow/tools/oars-model.html">https://www.ahrq.gov/evidencenow/tools/oars-model.html</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cette approche consiste en un ensemble de techniques de communication verbale et non verbale que les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent utiliser pour établir une relation avec les personnes et leur réseau de soutien et pour atteindre leurs objectifs en matière de soins.</li> </ul>
<p>Engaging Patients and Families in Their Health Care. Dans : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD) : AHRQ; 2022. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/index.html">https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/index.html</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Comprend des outils et des ressources pour améliorer l'engagement des personnes et de leur réseau de soutien lors des visites de soins de santé dans différents contextes, notamment les hôpitaux, les soins de santé primaires et les SLD.</li> </ul>
<p>Impliquer les personnes ayant une expérience concrète. Dans : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://RNAO.ca/leading-change-toolkit/engaging-persons">https://RNAO.ca/leading-change-toolkit/engaging-persons</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une section de la <i>Trousse pour la conduite du changement</i> qui se concentre sur l'engagement des personnes ayant une expérience concrète dans des initiatives de changement afin de soutenir des améliorations durables grâce à l'assimilation des connaissances et à la durabilité.</li> <li>■ Fournit des conseils sur la manière dont les agents et les équipes de changement peuvent collaborer avec les personnes, les familles ou les collectivités pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les initiatives de changement.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Excellence en santé Canada (ESC). Environnements propices à la participation : outil d'autoévaluation pour organisme [Internet]. Ottawa (Ont.) : HEC; 2022. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/media/t5a121vy/20220321_ece_organizationalselfassessmenttool_fr.pdf">https://www.healthcareexcellence.ca/media/t5a121vy/20220321_ece_organizationalselfassessmenttool_fr.pdf</a></p> <p>Essentiels ensemble. Dans : Excellence en santé Canada (ESC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : HEC; 2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/essentiels-ensemble/">https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/essentiels-ensemble/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cet outil permet de définir les caractéristiques des organismes qui soutiennent l'engagement volontaire et significatif des personnes ayant une expérience concrète.</li> <li>■ Programme conçu pour favoriser l'intégration des partenaires de soins essentiels dans les organisations de santé et de services sociaux.</li> <li>■ La page Web comprend des liens vers diverses ressources, dont la possibilité de faire l'autoévaluation de votre organisme.</li> </ul>
<p>Excellence en santé Canada (ESC). Vos soins sont-ils sécuritaires? Mesure et surveillance de la sécurité du point de vue des patients et de leurs partenaires de soins Ottawa (Ont.) : HEC; 2022. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/media/e5xdublq/20220526_howsafeisyourcare_final_fr.pdf">https://www.healthcareexcellence.ca/media/e5xdublq/20220526_howsafeisyourcare_final_fr.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rapport qui propose une approche pour comprendre comment les personnes et leur réseau de soutien vivent la sécurité dans le système de soins de santé, et comment ces connaissances peuvent être appliquées pour influencer la pratique des soins de santé.</li> </ul>
<p>Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario. Dans : Gouvernement de l'Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 2021. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-de-valeurs-des-patients-families-personnes-soignantes-pour-lontario">https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-de-valeurs-des-patients-families-personnes-soignantes-pour-lontario</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La présente Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes, rédigée par le Conseil consultatif ministériel des patients et des familles en consultation avec les Ontariens, a pour objet d'exprimer clairement les attentes des patients, des familles et des personnes soignantes à l'égard du système de santé de l'Ontario.</li> <li>■ La Déclaration sert de boussole aux personnes et aux organisations impliquées dans les soins de santé et reflète un résumé des principes et des valeurs que les personnes, les familles et les personnes soignantes disent être importants pour eux.</li> <li>■ Voir l'<b>annexe F</b> pour la Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes de l'Ontario.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2015. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care">https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ LDPE de l'AIIAO.</li> <li>■ Ce document présente des recommandations de pratiques exemplaires à l'intention du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle afin d'améliorer la qualité des partenariats avec les personnes qui accèdent aux soins.</li> </ul>
<p>Les cheminements cliniques de l'AIIAO pour les foyers de soins de longue durée. Dans : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) [Internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; c2023. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways">https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les cheminements cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup> sont une version numérisée des LDPE de l'AIIAO qui peuvent être intégrés dans un système de dossiers médicaux électroniques afin de promouvoir des soins fondés sur des données probantes.</li> <li>■ Les cheminements cliniques de l'AIIAO qui sont actuellement disponibles ont été adaptées au secteur des SLD en Ontario. Les cheminements cliniques de l'AIIAO sont disponibles pour les LDPE sur les soins centrés sur la personne et la famille.</li> <li>■ <b>Remarque</b> : Il s'agit d'une ressource payante.</li> </ul>
<p>À propos du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé. Dans : Excellence en santé Canada (ESC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ESC; c2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/un-cadre-canadien-sur-la-qualite-des-soins-et-la-securite-des-usagers-pour-les-services-de-sante/a-propos-du-cadre-cqsp-pour-les-services-de-sante/">https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/un-cadre-canadien-sur-la-qualite-des-soins-et-la-securite-des-usagers-pour-les-services-de-sante/a-propos-du-cadre-cqsp-pour-les-services-de-sante/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cadre qui fournit aux organisations des orientations en matière de sécurité et de qualité, avec cinq objectifs globaux (soins centrés sur la personne, soins sécuritaires, soins accessibles, soins appropriés et soins intégrés).</li> <li>■ Le premier objectif stipule que les personnes qui utilisent les services de santé doivent être des partenaires égaux dans la planification, le développement et le suivi des soins.</li> </ul>

## ÉVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE DE SOINS ET L'ÉTAT DE PRÉPARATION À UNE TRANSITION

### ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 2.0 :

La pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé évaluent avec les personnes et leur réseau de soutien leurs besoins en matière de soins et leur état de préparation à une transition.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (18). Effectuer une évaluation préliminaire avant d'élaborer un plan de soins ou de procéder à une intervention quelconque est une norme de pratique professionnelle (61). Il est contraire à l'éthique de ne pas l'achever. En tant que telle, la réalisation d'une évaluation pour définir les soins et déterminer l'état de préparation à la transition est une pratique clinique exemplaire et une condition préalable à l'élaboration d'un plan de transition.

L'évaluation de l'état de préparation à une transition est un élément central de la planification de la transition (62). Les évaluations de l'état de préparation sont basées sur des critères cliniques, tels que : la stabilité médicale; la capacité fonctionnelle à gérer l'autosoins; les connaissances, les compétences, la confiance et les soutiens nécessaires pour gérer la transition et faire face aux défis courants qui peuvent survenir (62). Lorsque l'évaluation de l'état de préparation n'est pas effectuée, les personnes qui subissent une transition des soins et les membres de leur réseau de soutien déclarent souvent qu'ils ne se sentent pas prêts à gérer eux-mêmes les soins ou à assumer les responsabilités de soignant après la transition (63,64). Lorsque les transitions sont précipitées, les personnes et les soignants se sentent effrayés, en danger et mal préparés à la transition (38,64). Un faible niveau de préparation à la transition a également été associé à des difficultés d'adaptation après la transition et à une probabilité plus élevée de réadmission à l'hôpital (65,66). Il est important de noter que les perceptions de l'état de préparation peuvent différer entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les personnes qui vivent une transition (67). Il est donc essentiel que les prestataires de services sociaux et de soins de santé déterminent la perception qu'a la personne de son état de préparation à la transition.

En plus d'aider à déterminer quand une personne est prête pour une transition, les évaluations peuvent également aider à déterminer le type de soins et de soutien requis pendant et après une transition (63). Cette étape est particulièrement importante pour les personnes ayant des besoins complexes. Les évaluations jouent un rôle clé dans la détection des obstacles qui peuvent empêcher une transition en douceur et dans la caractérisation des interventions, des ressources et des soutiens appropriés qui peuvent guider le plan et la coordination des soins. Dans la poursuite de l'équité en matière de santé et de la santé de la population, il est impératif que les prestataires cherchent à comprendre les déterminants sociaux de la santé qui affectent la personne lors des évaluations, telles que le revenu, le logement et l'inclusion sociale (68). Les **populations mal desservies**<sup>G</sup> sont plus exposées à des résultats cliniques médiocres lors des transitions de soins en raison de facteurs qui influent sur leur santé et leur accès aux services et ressources de santé (36). Comprendre l'incidence de ces facteurs peut aider les prestataires de services sociaux et de soins de santé à adapter les plans de transition aux besoins spécifiques des personnes.

Bien qu'il y ait de nombreux facteurs à prendre en compte lors de l'évaluation, il est fondamental que celle-ci se concentre sur les besoins définis par la personne et son réseau de soutien, car ils sont les experts de leur propre situation (42). Les renseignements recueillis lors de l'évaluation peuvent servir de base à l'élaboration d'un plan de transition en collaboration, à l'information de la personne et de son réseau de soutien sur la transition et à l'adaptation des renseignements à ses besoins et à l'étape des soins. Cette approche peut comprendre : la communication de renseignements sur les stratégies d'**autogestion**<sup>G</sup>; l'offre de renseignements et l'accès aux services ainsi qu'aux soutiens; et l'éducation sur les changements de médicaments.



Le comité d'experts a souligné que si les évaluations sont essentielles pour préparer une transition dans les soins, les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient éviter de répéter inutilement les évaluations. Il peut être frustrant pour les personnes de répéter leur histoire plusieurs fois à différents prestataires de services de soins et de soins de santé, car cela peut leur donner l'impression de ne pas être entendues et les amener à se méfier du système de santé. Le comité d'experts a également noté que des préjudices peuvent survenir lorsque les évaluations sont répétées en raison d'une rupture de communication et du fait que les prestataires de services sociaux et de soins de santé travaillent en vase clos. Les renseignements risquent d'être perdus ou de ne pas être examinés par les prestataires impliqués dans les soins de la personne.

Pour éviter de répéter inutilement les évaluations, les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient revoir les évaluations précédentes et mettre en évidence les similitudes et les changements lors des nouvelles évaluations. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient également recevoir une formation sur l'utilisation appropriée des outils d'évaluation, y compris sur le rôle de chacun dans la réalisation et la documentation de l'évaluation et sur le moment où l'évaluation doit être effectuée.

Lorsque les évaluations doivent être répétées, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent expliquer à la personne et à son réseau de soutien pourquoi il est important de procéder à l'évaluation.

Voir le **tableau 5** sous « Conseils de mise en œuvre » (ci-dessous) pour plus de détails de la part du comité d'experts sur : qui doit effectuer l'évaluation; ce qui doit être évalué; où, quand et comment l'évaluation doit avoir lieu; et quelles sont les considérations d'équité en matière de santé auxquelles les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent être attentifs lors de la réalisation d'une évaluation. Veuillez noter que ces facteurs dépendent du type de transition et des besoins de la personne ainsi que de son réseau de soutien confrontés à la transition.

## Conseils de mise en œuvre

Tableau 5 : Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Qui doit effectuer l'évaluation?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'évaluation doit être réalisée en collaboration avec la personne qui vit la transition et son réseau de soutien.</li> <li>■ L'évaluation doit impliquer une collaboration entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé dans les environnements vers lesquels et à partir desquels la personne est en transition.</li> <li>■ Les membres de l'équipe interprofessionnelle participant à l'évaluation peuvent comprendre (non exhaustivement) : le personnel infirmier; les médecins (les médecins de famille et les spécialistes); les travailleurs sociaux; les coordinateurs de soins; les pharmaciens; les physiothérapeutes; les ergothérapeutes; les orthophonistes; les inhalothérapeutes; les diététiciens; les psychologues; les prestataires de services de santé mentale et de toxicomanie; le personnel de soutien comportemental; les intervenants autochtones; les travailleurs en réduction des méfaits; les gestionnaires de cas; les travailleurs de gestion de cas; les travailleurs pairs ayant une expérience concrète; et le personnel de soins spirituels.</li> <li>■ Le nom et les coordonnées du (des) prestataire(s) de services sociaux ou de soins de santé chargé(s) de l'évaluation doivent être clairement consignés afin qu'il(s) puisse(nt) être contacté(s) pour un suivi, le cas échéant.</li> <li>■ Pour les personnes ayant des besoins complexes, il est utile qu'une équipe interprofessionnelle participe à l'évaluation afin de s'assurer qu'une image complète de la personne est recueillie et que ses besoins sont bien pris en compte.</li> <li>■ Le fait qu'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé effectue une évaluation principale en collaboration avec d'autres membres de l'équipe permet de s'assurer que les mêmes questions ne sont pas posées plusieurs fois. Cette stratégie permet également d'assurer la cohérence des renseignements recueillis, de garantir une plus grande responsabilité, de réduire les délais de collecte des renseignements pertinents et de minimiser les erreurs de communication qui peuvent résulter de l'intervention de plusieurs personnes.</li> <li>■ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent évaluer leurs propres compétences et s'assurer qu'ils disposent des connaissances, des aptitudes et du jugement appropriés avant de procéder à l'évaluation.</li> </ul>



COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Quels sont les facteurs à évaluer?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'évaluation doit être adaptée aux priorités en matière de soins qui sont pertinentes pour le processus de transition, ainsi qu'aux résultats souhaités et aux objectifs de soins de la personne après la transition.</li> <li>■ La liste ci-dessous n'est pas exhaustive. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui connaissent bien les services qu'ils fournissent doivent compléter cette liste en fonction des besoins de la personne qu'ils accompagnent. Les renseignements à prendre en compte sont les suivants (liste non exhaustive) :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Les objectifs de la personne et de son réseau de soutien, y compris ce à quoi ressemble une bonne transition des soins pour eux et quels sont les résultats importants.</li> <li>□ L'état de santé physique, cognitif et mental de la personne, y compris les problèmes qu'elle présente et les autres comorbidités susceptibles d'avoir une incidence sur son fonctionnement et son rétablissement.</li> <li>□ Capacité fonctionnelle, y compris la capacité de répondre aux besoins de santé personnels, d'accomplir les activités de la vie quotidienne (par exemple, se nourrir, se laver, s'habiller et aller aux toilettes) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple, gérer les finances, l'entretien ménager et les médicaments).</li> <li>□ Les ressources, les services et les soutiens dont la personne dispose et dont elle a besoin (par exemple, les services de soins à domicile, la livraison de repas, le transport vers et depuis les rendez-vous, ou l'équipement médical), ainsi que la couverture d'assurance de la personne ou sa capacité à payer ces services et ces ressources.</li> <li>□ Sécurité et adéquation de l'environnement domestique ou de la destination vers laquelle la personne effectue la transition (par exemple, si le foyer de SDL peut répondre aux besoins de réadaptation de la personne ou si une personne qui effectue la transition à domicile peut être exposée à des risques de chutes ou de violence envers les personnes âgées).</li> <li>□ Les compétences informationnelles en santé et l'éducation à la santé nécessaires pour promouvoir l'autogestion.</li> <li>□ Les médicaments (y compris la connaissance par la personne des nouveaux médicaments et de leurs effets indésirables potentiels), ce qui est prescrit à la personne par rapport à ce qu'elle prend réellement et les médicaments qu'elle peut se permettre ou pour lesquels elle est couverte (pour plus de détails, voir l'<b>Énoncé de pratiques exemplaires 4.0</b>).</li> <li>□ La compréhension du plan de soins par la personne et sa capacité à s'engager dans les soins et à suivre les rendez-vous.</li> <li>□ Le soutien social disponible, y compris l'engagement et la capacité des soignants à fournir un soutien, ainsi que les renseignements et les ressources dont les soignants ont besoin pour prodiguer des soins.</li> </ul> </li> </ul>

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Quels sont les facteurs à évaluer, suite.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Facteurs susceptibles de rendre la transition plus complexe (par exemple, barrières linguistiques, logement inadéquat, troubles cognitifs, <b>comportements réactifs</b><sup>G</sup>, pauvreté, automutilation, besoins en matière de soins palliatifs ou de fin de vie, manque d'accès à l'assurance maladie, etc.)</li> <li>□ Les coordonnées de la personne qui vit la transition, ou le nom et les coordonnées d'une personne qui sait où elle se trouve si la personne n'a pas de téléphone, d'adresse électronique ou d'adresse personnelle ou postale.</li> <li>□ Les coordonnées des personnes en qui la personne a confiance et auxquelles elle consent à communiquer des renseignements, ainsi que de tout décideur substitut en vertu d'une procuration relative au soin de sa personne.</li> <li>□ Les coordonnées du prestataire de soins primaires de la personne (s'il y en a un) afin de s'assurer qu'il reçoit une mise à jour de l'état de santé de la personne ou des soins reçus.</li> <li>□ Les aspects liés à la personne, tels que les valeurs, les habitudes, le régime alimentaire et l'historique de vie, qui peuvent aider les prestataires à se faire une idée détaillée de la personne et de ses préférences uniques.</li> <li>■ À la fin de l'évaluation, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent demander si la personne et son réseau de soutien souhaitent aborder d'autres points qu'il serait utile de porter à la connaissance de l'équipe interprofessionnelle.</li> </ul>

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Comment mener une évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent utiliser une approche fondée sur les points forts lorsqu'ils procèdent à des évaluations. Il s'agit de reconnaître les connaissances, les capacités et les relations de la personne et de son réseau de soutien qui peuvent l'aider à atteindre ses objectifs en matière de soins.</li> <li>■ Des approches et des outils normalisés pour la réalisation des évaluations peuvent être utiles, car ils fournissent une méthode cohérente de réalisation des évaluations et permettent de s'assurer que les besoins en matière de soins ne sont pas oubliés. Cependant, les évaluations standardisées doivent être équilibrées par des conversations avec la personne et son réseau de soutien à l'aide de questions ouvertes afin de s'assurer que la voix et les préoccupations de la personne sont entendues, que des renseignements ne sont pas manqués et que les soins sont adaptés à ses besoins.</li> <li>■ Les évaluations doivent être clairement documentées. Certaines évaluations standardisées sont longues et il peut être utile d'inclure un résumé général d'une page afin que les prestataires de services sociaux et de soins de santé puissent rapidement passer en revue le contenu principal de l'évaluation.</li> <li>■ Une bonne évaluation ne doit pas donner l'impression que le prestataire de services sociaux et de soins de santé est en train de « cocher des cases », car cela peut éroder la confiance entre la personne qui reçoit des soins et le prestataire. La personne et son réseau de soutien doivent être impliqués et participer activement à la discussion.</li> <li>■ L'initiation d'une évaluation nécessite l'établissement d'une relation de confiance entre la personne et le prestataire de services sociaux et de soins de santé. Il est important que les prestataires :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Expliquent clairement leur rôle, pourquoi ils posent certaines questions, à qui les renseignements seront communiqués et comment les renseignements recueillis appuieront le plan de soins.</li> <li>□ Demandent la permission avant de poser des questions et veillent à ce que la confidentialité soit respectée.</li> <li>□ Adoptent une approche empathique et sans jugement pour aider les personnes et leur réseau de soutien à se sentir soutenus et en sécurité lorsqu'ils discutent de leurs préoccupations et qu'ils posent des questions.</li> </ul> </li> <li>■ L'évaluation documentée doit contenir des renseignements précis et actualisés. Cela permettra de s'assurer que les prestataires de services sociaux et de soins de santé de l'environnement dans lequel la personne effectue sa transition disposent des ressources et des capacités nécessaires pour s'occuper de la personne de manière appropriée (par exemple, des renseignements sur les comportements réactifs).</li> <li>■ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent communiquer une copie de l'évaluation à la personne concernée et à son réseau de soutien.</li> </ul>

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Comment mener une évaluation (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lorsque des outils d'évaluation sont mis en place, les programmes et les organisations doivent : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Travailler avec l'équipe interprofessionnelle pour déterminer les processus d'évaluation, ce qui inclut la définition claire de l'objectif de chaque évaluation et de la fréquence recommandée. Ces décisions doivent être fondées sur une compréhension de la manière dont les personnes évoluent au sein du système de santé.</li> <li>□ Évaluer l'adéquation des outils d'évaluation (par exemple, leur réception et leur utilité) sur la base de la rétroaction directe des personnes recevant des soins et des prestataires de services sociaux et de soins de santé.</li> <li>□ Évaluer l'efficacité des outils d'évaluation.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Où et quand mener l'évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les évaluations doivent être effectuées à un moment qui permet à la personne soignée et à son réseau de soutien d'y participer. Cela leur permet de jouer un rôle actif dans l'évaluation. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent laisser du temps et de l'espace aux personnes et à leur réseau de soutien pour poser des questions ou faire part de leurs préoccupations.</li> <li>■ Une évaluation doit être effectuée avant et après une transition dans les soins et en réponse à tout changement dans l'état de santé de la personne ou dans ses besoins en matière de soins. Il se peut également que la personne ou son réseau de soutien demande une évaluation supplémentaire.</li> <li>■ Une évaluation doit être effectuée, ou une évaluation antérieure doit être examinée, de 48 à 72 heures avant la transition. Cela permettra de s'assurer que les renseignements sont à jour.</li> <li>■ Après la transition de la personne vers un nouvel environnement, une évaluation de suivi doit être effectuée pour s'assurer que les besoins de la personne sont satisfaits et que les services appropriés sont fournis. Cette évaluation doit être effectuée le plus tôt possible afin d'éviter de retarder les soins après la transition. Des réévaluations doivent être effectuées couramment, si nécessaire.</li> <li>■ Certains aspects de l'évaluation peuvent ne devoir être complétés qu'une seule fois, comme la collecte de renseignements sur la personnalité. D'autres évaluations, en revanche, telles que celles liées au changement de comportement, peuvent devoir être effectuées plus fréquemment.</li> <li>■ Les réévaluations doivent s'inscrire dans le prolongement de l'évaluation initiale et viser à définir les changements par rapport à l'évaluation précédente.</li> <li>■ Dans certaines circonstances, il convient d'adopter une approche par étapes, c'est-à-dire qu'une évaluation succincte est effectuée dans un premier temps et qu'une évaluation plus complète est réalisée par la suite, si nécessaire, en fonction des besoins de la personne en matière de soins.</li> </ul>

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Considérations relatives à l'équité en matière de santé lors de la réalisation d'une évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent réfléchir à la meilleure façon de communiquer avec les personnes et leur réseau de soutien pour s'assurer qu'elles peuvent participer activement à l'évaluation. Des considérations doivent être prises en compte lors de la communication avec des personnes sourdes, aveugles ou ayant un faible niveau de compétence informationnelle en santé, ou lorsqu'il existe des barrières linguistiques. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent utiliser un langage simple et minimiser le jargon médical. Si nécessaire, des services de traduction doivent être planifiés.</li> <li>■ Des relations thérapeutiques sûres et de confiance se développent lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé comprennent comment l'expérience concrète d'une personne, y compris les traumatismes ou les expériences négatives antérieures au sein du système de santé, peut influencer sur les comportements d'une personne en matière de santé. Les soins doivent être prodigués dans le respect de la culture, de la psychologie et en tenant compte des traumatismes.</li> <li>■ Pour les soignants et les membres du réseau de soutien de la personne, le fait de devoir s'absenter de leur travail pour apporter leur soutien et répondre aux questions lors des évaluations peut représenter une charge financière, en particulier s'ils doivent parcourir de longues distances. La réduction du nombre d'évaluations inutiles peut contribuer à alléger cette charge. De nombreuses évaluations peuvent être effectuées à distance afin de réduire la charge liée aux déplacements. Les organisations doivent envisager des moyens créatifs et hybrides de collaborer et d'effectuer des évaluations pendant les transitions dans les soins.</li> <li>■ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent étudier les obstacles auxquels les personnes peuvent être confrontées lors d'une transition dans les soins, ainsi que les obstacles qui peuvent être surmontés. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent examiner si la personne :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ dispose d'un réseau de soutien pour l'aider pendant la transition;</li> <li>□ a accès aux ressources en matière de soins de santé, y compris au soutien à la navigation;</li> <li>□ a subi un traumatisme lié à l'accès aux services de santé;</li> <li>□ a des limitations physiques ou des déficiences cognitives;</li> <li>□ peut lire et comprendre des documents écrits et des instructions;</li> <li>□ peut se permettre les traitements, les équipements ou les médicaments proposés;</li> <li>□ a accès à un téléphone pour prendre des rendez-vous ou à l'internet pour assister à des rendez-vous virtuels;</li> </ul> </li> </ul>

COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION
<p><b>Considérations relatives à l'équité en matière de santé lors de la réalisation d'une évaluation (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ a accès à un moyen de transport pour se rendre à ses rendez-vous;</li> <li>□ est confrontée à des obstacles qui l'empêchent de se rendre à ses rendez-vous en raison des exigences de son travail (par exemple, absence d'horaires de travail flexibles, de congés payés ou d'avantages sociaux);</li> <li>□ dispose d'un logement stable et d'une situation de vie sûre;</li> <li>□ peut se procurer de la nourriture et d'autres produits de première nécessité.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il est important qu'une personne de confiance soit présente lors des évaluations des personnes qui ont été victimes de racisme, de discrimination ou d'une expérience traumatisante au sein du système de santé.</li> <li>■ Les évaluations doivent se concentrer sur les interventions les mieux adaptées aux objectifs de soins de la personne. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent respecter l'autonomie de chaque personne et comprendre que les personnes ont le droit de prendre des décisions avec lesquelles les prestataires peuvent ne pas être d'accord.</li> </ul>

### Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO). Établir des liens : recommandations visant à renforcer l'utilisation des outils d'identification de la personne afin d'améliorer la prestation de soins centrés sur la personne dans tous les secteurs. [En ligne]. [lieu inconnu] : STCO; 2018. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Files/Personhood-Tools/Making-Connections-BSO-Lived-Experience-Advisory-A.aspx">https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Files/Personhood-Tools/Making-Connections-BSO-Lived-Experience-Advisory-A.aspx</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressource de Soutiens comportementaux en Ontario.</li> <li>■ Liste des outils pouvant être utilisés pour évaluer le statut de la personne lors d'une transition dans les soins.</li> </ul>



RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Instruments d'évaluation globale. Dans : inteRAI [Internet]. [lieu inconnu] : inteRAI; [date inconnue]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://interrai.org/instrument-category/comprehensive-assessment-instruments/">https://interrai.org/instrument-category/comprehensive-assessment-instruments/</a></p> <p>Qualité des services de santé Ontario Transitions entre l'hôpital et la maison : soins aux personnes de tous âges [Internet]. Toronto (Ont.) : HQO; 2020. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf">https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des évaluations complètes pour aider les prestataires de soins de santé à déterminer, évaluer et hiérarchiser les problèmes physiques, cognitifs et psychosociaux courants.</li> <li>■ Des évaluations sont disponibles pour les soins de courte durée et la réadaptation, les soins aux adultes et aux personnes âgées, les enfants et les jeunes, ainsi que pour les soins en santé mentale.</li> <li>■ <b>Remarque</b> : Il s'agit d'une ressource payante.</li> <li>■ Norme de qualité de Qualité des services de santé Ontario.</li> <li>■ Elle traite des soins aux personnes de tous âges qui font la transition entre l'hôpital et le domicile.</li> <li>■ Comprend une section détaillée sur la manière de procéder à une évaluation complète des besoins d'une personne en matière de soins de santé et de services sociaux.</li> </ul>
<p>Inquest into the death of Bradley Chapman. Verdict of Coroner's Jury [Internet]. Bureau du coroner en chef. [lieu inconnu] : Ministère du Solliciteur général (Ontario); 2018. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf">https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présente les recommandations du jury à la suite d'une enquête du coroner sur un décès par surdose d'opiacés.</li> <li>■ Recommande de procéder à une évaluation en temps opportun lors de la planification d'une transition à partir d'un établissement pénitentiaire. Voir la recommandation 34.</li> </ul>
<p>Kessler D, Provencher V, MacLeod H. Vivre avec les risques : Le projet de recherche sur une démarche d'aide à la décision [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue; date inconnue]. Accessible sur le site Web : <a href="https://lwrdsa-vivreaveclesrisques.recherche.usherbrooke.ca/?lang=fr">https://lwrdsa-vivreaveclesrisques.recherche.usherbrooke.ca/?lang=fr</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un outil développé pour aider les prestataires à évaluer l'état de risque des personnes âgées associé au maintien ou au retour à domicile après une hospitalisation.</li> <li>■ Le site Web comprend une série de ressources, y compris une feuille de travail à remplir pour l'analyse des risques.</li> <li>■ Également disponible en anglais.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. [En ligne]. Londres (R.-U.) : NICE; 1<sup>er</sup> déc 2015. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng27">https://www.nice.org.uk/guidance/ng27</a></p> <p>PATH-s is a freely accessible, evidence-based tool designed to assess caregiver's preparedness to transition stroke patients home. Dans : Association of Rehabilitation Nurses (ARN) [Internet]. Chicago (Illinois) : ARN; [date inconnue]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/path-s-instrument">https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/path-s-instrument</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ligne directrice de la National Institute for Health and Care Excellence.</li> <li>■ Contient des recommandations relatives à l'évaluation et à la planification des soins lors des transitions de soins (recommandations 1.3.9 et 1.3.10).</li> <li>■ Instrument conçu pour évaluer l'état de préparation des soignants avant la transition d'un survivant d'un accident vasculaire cérébral d'un établissement de réadaptation à son domicile.</li> </ul>
<p>Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS). Dans : Marquette University, College of Nursing [Internet]. Milwaukee (Wisc.) : Marquette University, College of Nursing; c2022. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php">https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Outils développés pour mesurer l'état de préparation au retour à domicile à partir de l'hôpital.</li> <li>■ Des versions sont offertes pour les personnes qui vivent une transition ainsi que pour le personnel infirmier.</li> </ul>
<p>Les cheminements cliniques de l'AIIAO pour les foyers de soins de longue durée. Dans : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2022. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways">https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les cheminements cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup> sont une version numérisée des LDPE de l'AIIAO qui peuvent être intégrés dans un système de dossiers médicaux électroniques afin de promouvoir des soins fondés sur des données probantes et d'aider à guider les évaluations.</li> <li>■ Les cheminements cliniques de l'AIIAO qui sont actuellement offertes ont été adaptées au secteur des SLD en Ontario.</li> <li>■ <b>Remarque</b> : Il s'agit d'une ressource payante.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>L'outil Family Caregiver Activation in Transitions<sup>MD</sup> (FCAT<sup>MD</sup>). Dans : The Care Transitions Program<sup>MD</sup> (CTP<sup>MD</sup>) (Internet). [lieu inconnu] : CTP<sup>MD</sup>; 2015. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://secureservercdn.net/72.167.242.33/253.582.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/09/Family-Caregiver-Activation-in-Transitions-FCAT-tool.pdf">https://secureservercdn.net/72.167.242.33/253.582.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/09/Family-Caregiver-Activation-in-Transitions-FCAT-tool.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Outil développé pour guider l'équipe interprofessionnelle dans la compréhension des besoins de la personne et de la famille avant une transition dans les soins.</li> </ul>
<p>Toronto Paramedic Services. In case of emergency information sheet [Internet]. Toronto (Ont.) : Toronto Paramedic Services; 2016. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/10/903f-ICE-Sheet2016-1.pdf">https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/10/903f-ICE-Sheet2016-1.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Permet aux personnes et à leur réseau de soutien de fournir des renseignements importants aux ambulanciers et au personnel hospitalier, tels que les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence, les antécédents médicaux, les médicaments, les allergies, la mobilité et les personnes à contacter pour les soins aux animaux.</li> <li>■ Disponible dans plusieurs langues, dont l'anglais, le français, le mandarin, le persan, le polonais, l'espagnol et le tamoul.</li> </ul>

## COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

### ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 3.0 :

**La pratique exemplaire veut que les membres de l'équipe interprofessionnelle collaborent à l'élaboration d'un plan de transition qui réponde aux besoins particuliers des personnes et de leur réseau de soutien.**

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (18). Il y a collaboration interprofessionnelle lorsque des prestataires de services sociaux et de soins de santé issus de milieux professionnels différents assument des rôles complémentaires, partagent la responsabilité de la prise de décision et travaillent ensemble pour fournir des soins de haute qualité (69). La collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins de santé est une norme de la pratique professionnelle (48,50,61,70). Ainsi, la collaboration avec l'équipe interprofessionnelle pour élaborer un plan de transition qui réponde aux besoins uniques des personnes et de leur réseau de soutien est une pratique clinique exemplaire. Bien que cet énoncé de pratiques exemplaires se concentre sur la collaboration entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, il est essentiel que l'équipe interprofessionnelle collabore également avec les personnes et leur réseau de soutien lors de l'élaboration du plan de transition (voir l'**Énoncé de pratiques exemplaires 1.0**).

Les plans de transition sont nécessaires pour promouvoir la **continuité des soins**<sup>G</sup> et garantir que les services, les soutiens et les ressources nécessaires ont été mis en place pour la personne confrontée à la transition (71). Lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé se réunissent pour échanger leurs points de vue professionnels et leur compréhension, un plan de transition plus complet peut être créé (72). Il peut être particulièrement bénéfique que des prestataires de services sociaux et de soins de santé de différentes disciplines contribuent à l'élaboration du plan de transition, car la combinaison de leurs compétences et de leurs connaissances peut contribuer à garantir que les besoins de la personne sont bien pris en compte (73). Les rondes d'équipe et les cliniques interprofessionnelles du congé sont deux exemples où les équipes interprofessionnelles se réunissent pour coordonner un plan de soins (72,74).

L'élaboration efficace d'un plan de transition dépend d'une bonne communication et d'une bonne collaboration entre les membres de l'équipe interprofessionnelle (75). Il est prouvé que lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé manquent de clarté quant aux rôles et responsabilités des autres prestataires, des tensions peuvent survenir lors de l'élaboration d'un plan de transition (71,76). Les possibilités limitées d'interaction et de prise de décision, les différences de pouvoir et les hiérarchies professionnelles perçues, ainsi que le manque de respect pour l'expertise des autres membres de l'équipe peuvent également empêcher la collaboration (72,73,76,77). En outre, lorsque les membres de l'équipe interprofessionnelle communiquent des renseignements contradictoires aux personnes et à leur réseau de soutien et ne collaborent pas, de la confusion et un manque de confiance peuvent survenir parmi les personnes et dans l'équipe (78). De nombreuses pratiques peuvent toutefois être mises en œuvre pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle lors de l'élaboration d'un plan de transition. Les organisations peuvent établir une culture qui soutient la valeur égale de tous les membres de l'équipe impliqués dans la planification de la transition (78), et les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent s'efforcer de communiquer efficacement et de faire preuve de confiance et de respect à l'égard des autres membres de l'équipe et de leurs rôles (71,76). Ces pratiques favorisent des espaces sûrs et collaboratifs où les membres de l'équipe interprofessionnelle se sentent à l'aise pour contribuer aux discussions et à la prise de décision au sein de l'équipe.

## Conseils de mise en œuvre

### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Déterminer quels prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent participer à l'élaboration du plan de transition afin de répondre au mieux aux besoins de la personne et de son réseau de soutien :
  - Les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui connaissent bien une collectivité ou ce qu'une personne a vécu – comme les intervenants autochtones, les travailleurs en réduction des méfaits ou les travailleurs pairs ayant une expérience concrète – peuvent apporter une aide précieuse lors de la planification de la transition.
  - Si la personne présente des comportements réactifs associés à la démence, à des troubles mentaux complexes, à la toxicomanie ou à des troubles neurologiques, le fait d'impliquer les prestataires de services sociaux et de soins de santé concernés dans l'élaboration d'un plan de soutien comportemental peut contribuer à réduire l'incidence des comportements réactifs lors de la transition des soins.
- Chaque membre de l'équipe interprofessionnelle doit être conscient de son rôle dans l'élaboration du plan de transition.
- Il est utile qu'un prestataire de services sociaux et de soins de santé désigné dirige l'équipe et coordonne les soins.
- Les populations mal desservies peuvent être confrontées à des difficultés liées aux barrières linguistiques, à l'alphabétisation ou au racisme systémique lorsqu'il s'agit de participer à la prise de décision. La collaboration interprofessionnelle – utilisant une approche des soins culturellement sûrs et qui tiennent compte des traumatismes – doit être la norme pour aider les populations mal desservies à exprimer et à gérer leurs besoins en matière de soins. Lors de l'élaboration du plan de transition, l'accent doit être mis sur l'apport d'un soutien psychosocial et pragmatique.
- Dans le cadre de l'élaboration d'un plan de transition, les prestataires doivent collaborer pour s'assurer qu'un système « sans faille » est mis en place afin que les personnes aient accès aux nécessités de base telles que le logement, les médicaments et la nourriture, et qu'elles soient informées des services sociaux locaux dans leur région et de la manière d'y accéder.
- Les plans de transition doivent s'appuyer sur des évaluations qui déterminent les besoins actuels et évolutifs d'une personne en matière de soins. Il peut s'agir, entre autres, de renseignements sur les allergies, les codes, les médicaments, les tests de diagnostic, les résultats de laboratoire et les demandes spéciales formulées par les personnes ou leur réseau de soutien. Pour plus de renseignements sur les facteurs à prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan de transition, voir l'**Énoncé de pratiques exemplaires 2.0**.
- L'élaboration d'un plan de transition nécessite également une collaboration entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil, ainsi qu'une bonne connaissance des ressources disponibles dans chaque secteur. Pour plus de renseignements sur le développement d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle pour soutenir les transitions dans les soins, voir la **Recommandation 3.1**.
- Une formation devrait être dispensée aux prestataires de services sociaux et de soins de santé et aux étudiants afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires à une coordination efficace lors des transitions dans les soins. La formation doit inclure un contenu sur les rôles de l'équipe, la communication interprofessionnelle et le processus d'élaboration d'un plan de transition pour s'assurer que les contributions de chaque profession sont incorporées.

Tableau 6 : Conseils de mise en œuvre tirés des données probantes

## INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES

Les études ci-dessous décrivent des exemples d'équipes interprofessionnelles collaborant à l'élaboration d'un plan de transition. Ils ont été retrouvés grâce à une revue de la documentation sur le sujet.

**Baldwin et coll., 2018**

- Les participants ont été vus dans une clinique interprofessionnelle du congé affilié à un hôpital.
- L'équipe interprofessionnelle était composée d'un infirmier praticien, d'un pharmacien clinicien, d'un gestionnaire de cas et d'un travailleur social.
- L'équipe discute de l'hospitalisation récente, examine les résultats de laboratoire et d'imagerie et élabore un plan de soins individualisé. Elle passe les commandes d'équipement médical, coordonne les orientations et les rendez-vous avec les spécialistes, examine les médicaments et procède à une évaluation psychosociale. Le travailleur social a fourni aux personnes des ressources liées au soutien des soignants, au placement à long terme, à l'aide financière, aux services de transport et à l'aide aux repas, selon les besoins (79).

**Otsuka et coll., 2019**

- Les participants ont été vus dans une clinique interprofessionnelle de soins postactifs au sein d'un grand centre médical universitaire.
- L'équipe interprofessionnelle était composée d'un infirmier autorisé, d'un assistant médical, d'un pharmacien clinique, d'un médecin résident, d'un médecin traitant et d'un travailleur social qui ont rencontré chaque participant pour effectuer un bilan de médication, élaborer un plan visant à optimiser la gestion des médicaments, établir des références et organiser des services et un suivi (74).

**Reidt et coll., 2016**

- Les participants passaient d'un centre de réadaptation de courte durée à leur domicile.
- Le modèle impliquait un gériatre, un infirmier praticien et un pharmacien qui s'occupaient des personnes dans le centre de réadaptation.
- Avant la transition, le pharmacien a examiné les médicaments et collaboré avec l'infirmier praticien pour déterminer le régime médicamenteux. Le pharmacien a effectué un suivi avec le participant à domicile ou par téléphone une semaine après la transition, en se concentrant sur l'examen des médicaments et l'évaluation de l'observance. L'infirmier praticien a recommandé au pharmacien d'aborder certains points lors du suivi, comme la surveillance des effets indésirables de certains médicaments et le rappel des rendez-vous de suivi (80).



## Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning implementation handbook. Rockville (MD) : AHRQ; 2017. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une boîte à outils de mise en œuvre qui met en évidence les éléments clés nécessaires pour impliquer les personnes et leur réseau de soutien dans le processus de congé afin d'assurer un transfert de renseignements réussi.</li> </ul>
<p>Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Mise à jour de 2016 [Internet]. Washington (DC) : IPEC; 2016. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf">https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présente les quatre compétences fondamentales de la pratique de la collaboration interprofessionnelle de l'Interprofessional Education Collaborative (IPEC) qui peuvent être utilisées pour guider le développement des programmes d'études dans les écoles des professions de santé.</li> </ul>
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. Toronto (Ont.) : RNAO; 2013. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare">https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ LDPE de l'AIIAO.</li> <li>■ Il présente des recommandations de pratiques exemplaires au niveau du système, de l'organisation et de l'individu pour développer et maintenir la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé.</li> </ul>
<p>Cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada. Dans : Excellence en santé Canada (ESC). [En ligne]. Ottawa (Ont.) : HEC; 2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/cours-sur-les-notions-essentielles-de-teamstepps-canada/">https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/cours-sur-les-notions-essentielles-de-teamstepps-canada/</a></p> <p>Guides de poche : TeamSTEPPS. Team Strategies &amp; Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Dans : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [En ligne]. Rockville (MD) : AHRQ; [créé en janvier 2014; révisé en janvier 2020]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html">https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TeamSTEPPS est un cadre fondé sur des données probantes visant à optimiser la communication et la collaboration au sein de l'équipe dans l'ensemble du système de santé.</li> <li>■ Excellence en santé Canada est le responsable pédagogique de TeamSTEPPS Canada. Le cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada est un cours d'apprentissage en ligne gratuit d'une durée de 20 minutes.</li> <li>■ Le guide de poche de l'ARHQ contient des stratégies et des outils pour améliorer les rendements et la sécurité des équipes.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>My Transitional Care Plan® : Téléchargement de l'outil et autorisations. Dans : Behavioural Supports Ontario (BSO) [Internet]. [lieu inconnu] : BSO Collaborative; [date inconnue]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://brainxchange.ca/MTCPFR">https://brainxchange.ca/MTCPFR</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ My Transitional Care Plan® résume les renseignements nécessaires pour faciliter les transitions réussies dans les soins aux personnes âgées présentant ou risquant de présenter des comportements réactifs ou des troubles complexes de la santé mentale, de la toxicomanie ou des troubles neurologiques.</li> <li>■ Voir l'annexe H pour un modèle. Le formulaire peut également être intégré dans un système de dossiers médicaux électroniques.</li> </ul>



**RECOMMANDATION 3.1 :**

Le comité d'experts suggère que les organisations de santé et de services sociaux collaborent à la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour soutenir les personnes qui subissent des transitions dans les soins.

**Force de la recommandation :** Conditionnelle

**Degré de certitude des données sur les effets :** Très faible

**Discussion sur les données probantes :****Avantages et inconvénients**

Pour les besoins de cette LDPE, une approche interprofessionnelle et intersectorielle fait référence à une approche collaborative dans laquelle deux ou plusieurs prestataires de services sociaux et de soins de santé de différentes disciplines et de différents secteurs travaillent ensemble de manière formelle pour s'assurer que les personnes et leur réseau de soutien bénéficient d'une transition de soins en toute sécurité. Les études ont examiné la collaboration intersectorielle entre les prestataires qui aidaient les adultes en transition de l'hôpital vers le domicile (81-84) ou de l'hôpital vers un centre de réadaptation (85,86), en comparaison avec les soins standard. Les soins standard comprenaient le congé à domicile ou dans un établissement de réadaptation avec un sommaire du congé et un rendez-vous de suivi planifié avec un prestataire de soins primaires ou un spécialiste (81), ou un manque de communication formelle et de suivi entre les prestataires de différents secteurs (82-86).

Les membres de l'équipe interprofessionnelle qui ont adopté une approche intersectorielle formelle pour soutenir les personnes en transition varient d'une étude à l'autre. Les membres de l'équipe interprofessionnelle comprenaient, entre autres, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des médecins généralistes, des psychologues, des spécialistes de la réadaptation et des kinésithérapeutes (81-86). Les types d'approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles varient également d'une étude à l'autre. Parmi les exemples, citons les séances de vidéoconférence auxquelles assistent les prestataires des établissements hospitaliers et de réadaptation pour discuter du plan de soins des personnes en transition (86); et un programme dans le cadre duquel un infirmier praticien évalue les personnes avant leur congé de l'hôpital et après leur congé de l'établissement de réadaptation, puis discute de l'évaluation directement avec le personnel de réadaptation (85). Pour plus de détails sur les types d'approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles étudiées, veuillez vous référer aux « Conseils de mise en œuvre » ci-dessous.

Les données suggèrent que les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles peuvent augmenter le nombre de visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé (81) et qu'elles peuvent réduire les taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital (81-86). Une étude a fait état d'un plus grand nombre de consultations externes auprès de spécialistes dans le groupe d'intervention, qui a reçu des soins de transition par l'intermédiaire d'une unité de pratique intégrée (81). Sur les six études portant sur les taux de réadmission (81-86), quatre ont fait état de taux de réadmission inférieurs (81,82,84,86), une étude a signalé une légère augmentation des taux de réadmission (85) et une étude n'a pas fait état de différences importantes lorsqu'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle a été mise en œuvre pour soutenir les personnes pendant les transitions dans les soins (83). Deux études ont évalué l'effet des approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles sur les visites aux urgences dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital (81,84). Toutefois, les résultats ne sont pas uniformes : une étude fait état d'une réduction de 40 % des visites aux urgences dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle (81), tandis qu'une autre étude ne fait état d'aucune différence importante (84).

Le comité d'experts a noté que la qualité de vie et la satisfaction des patients étaient des résultats essentiels sur lesquels les revues systématiques devraient se concentrer; cependant, il y a un manque de données probantes directes liées à ces résultats. Par conséquent, ces résultats ont été mesurés à l'aide d'une enquête qui a systématiquement recueilli les expériences et les observations du comité d'experts concernant les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles mises en œuvre pour soutenir les personnes lors des transitions dans les soins. Les données issues de l'enquête et des observations systématiques ont été rassemblées et leur qualité a été évaluée. Treize des vingt membres du comité d'experts ont répondu à l'enquête. La majorité d'entre eux ont fait part de leurs observations tirées de leur expérience de travail dans des hôpitaux où un processus formel avait été mis en place pour soutenir les transitions dans les soins. En ce qui concerne l'incidence des approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles sur la qualité de vie des patients, neuf membres du comité d'experts (69,2 %) ont déclaré que les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles amélioraient la qualité de vie des patients, deux membres du comité d'experts (15,4 %) ont déclaré que la qualité de vie ne changeait pas et un membre du comité d'experts (7,7 %) a déclaré que la qualité de vie diminuait. Un membre du comité d'experts (7,7 %) n'a pas pu fournir de renseignements sur ce résultat.

En ce qui concerne les effets des approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles sur la satisfaction des patients, huit membres du comité d'experts (61,6 %) ont déclaré que les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles amélioraient la satisfaction des patients, et deux membres du comité d'experts (15,4 %) ont signalé une diminution de la satisfaction des patients. Trois membres du comité d'experts (23,1 %) n'ont pas pu fournir de renseignements sur ce résultat.

Aucun préjudice lié à l'utilisation d'approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles n'a été signalé dans les données probantes ou noté par le comité d'experts.

La certitude des données probantes était très faible en raison des limitations dans la manière dont les études ont été menées, de l'incohérence dans l'utilisation des outils de mesure et des résultats de l'étude, ainsi que du petit nombre de participants à l'étude ou du petit nombre d'événements.

Pour des renseignements plus détaillés sur l'incidence des approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles mises en œuvre pour soutenir les personnes lors des transitions dans les soins sur les résultats prioritaires, veuillez vous référer aux [profils des données](#).

## Valeurs et préférences

### Des résultats de la revue systématique

La revue systématique n'a pas permis de définir de données probantes évaluant directement les valeurs et les préférences des personnes en ce qui concerne les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles mises en œuvre lors des transitions dans les soins.

### Du comité d'experts (observation systématique)

Les membres du comité d'experts ont indiqué que les personnes appréciaient l'utilisation d'approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles lors des transitions dans les soins, car ces approches peuvent :

- assurer la continuité et la coordination des soins;
- accroître la sécurité et réduire les erreurs de médicaments, la mauvaise communication et les réadmissions;
- soutenir l'implication de la personne et de la famille dans les activités régulières de soins et de prise de décision;
- donner aux personnes un sentiment de sécurité et de confiance dans le système de santé.

## Équité dans l'accès aux soins

### Des résultats de la revue systématique

La revue systématique de la documentation n'a relevé aucune donnée permettant d'évaluer directement les effets des approches interprofessionnelle et intersectorielle formelles sur l'équité en matière de santé.

### Du comité d'experts (observation systématique)

Quelques membres du comité d'experts ont souligné que les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles devraient être la norme et non l'exception lors des transitions dans les soins, en particulier pour les populations mal desservies. Si la communication entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé est rompue et que les renseignements ne sont pas correctement transmis lors des transitions entre les différents environnements, il peut en résulter un méfait important, en particulier pour les personnes mal logées, les personnes âgées, les personnes souffrant de troubles cognitifs, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes qui consomment des substances et les personnes confrontées à un racisme historique et systémique, comme les peuples autochtones. Un membre du comité d'experts a indiqué que les équipes interprofessionnelles devraient collaborer pour fournir un soutien psychosocial et pragmatique aux populations mal desservies pendant la transition, et qu'elles devraient transmettre les coordonnées d'un membre de l'équipe interprofessionnelle afin que les personnes et leur réseau de soutien puissent les contacter en cas de questions ou de difficultés après une transition dans les soins.

### Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts a noté que la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour soutenir les transitions dans les soins pouvait présenter des avantages, tels que l'augmentation des visites de suivi auprès des prestataires de services sociaux et de soins de santé, l'accroissement de la satisfaction des patients, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant une transition. Aucun effet indésirable n'a été signalé dans la documentation. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible; par conséquent, le comité d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

### Conseils de mise en œuvre

#### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Bien que les données probantes soient axées sur une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle visant à soutenir les transitions entre l'hôpital et le domicile ou entre l'hôpital et la réadaptation, le comité d'experts a souligné que cette recommandation devrait s'appliquer à tous les contextes dans lesquels les personnes et leur réseau de soutien sont confrontés à une transition dans les soins.
- Les organisations de santé et de services sociaux doivent veiller à ce que les prestataires sachent qui fait partie de l'équipe interprofessionnelle et quels sont leurs rôles et responsabilités respectifs. Cela permettra d'assurer une communication claire entre tous les membres concernés.
- Il est utile qu'un prestataire de services sociaux et de soins de santé désigné dirige l'équipe et coordonne les soins. Une telle collaboration peut favoriser une communication et un transfert efficaces de renseignements, réduire la duplication des services et, en fin de compte, assurer une transition en douceur pour les personnes et leur réseau de soutien. Il est utile que ce prestataire désigné opère au sein de l'organisation où la personne sera le plus longtemps impliquée (par exemple, soins à domicile ou SLD).
- Il est utile que les prestataires des deux structures (c'est-à-dire la structure d'origine et la nouvelle structure) communiquent directement par téléphone ou par vidéoconférence pour discuter du plan de soins et s'assurer que les besoins de la personne en matière de soins sont bien compris. Cette étape est particulièrement importante pour les personnes ayant des besoins complexes. Par exemple, lorsque des personnes passent de l'hôpital à un foyer de SLD, il est utile que le prestataire le plus responsable de l'hôpital (c'est-à-dire un médecin ou un infirmier praticien) communique directement avec le médecin ou l'infirmier praticien du foyer de SLD.

- Les personnes doivent être informées du fait que les membres de l'équipe interprofessionnelle – dont les personnes ont consenti à recevoir un traitement – discuteront ensemble de leurs soins. Cela signifie que les renseignements seront transmis à l'équipe interprofessionnelle d'accueil dans le cadre de la planification de la transition.
- Les organisations de santé et de services sociaux doivent mettre en place des systèmes de communication des renseignements pertinents concernant la personne ou son réseau de soutien lors des transitions de soins, afin de respecter toutes les exigences en matière de protection de la vie privée, de sécurité et de réglementation.
- Les organisations de santé et de services sociaux doivent utiliser des outils de documentation et des stratégies de communication normalisés pour l'échange clair et rapide de renseignements relatifs à la personne et à son réseau de soutien avant, pendant et après les transitions dans les soins.
- Pour garantir la qualité et la sécurité des transitions, les organisations doivent faire des transitions dans les soins une priorité stratégique. Cela permettra d'élaborer des approches à l'échelle du système et encouragera le développement de processus et de parcours de soins améliorés.

Tableau 7 : Conseils de mise en œuvre tirés des données probantes

### INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES

Les types d'approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles mises en œuvre pour soutenir les personnes lors des transitions dans les soins varient d'une étude à l'autre.

#### Enzinger et coll., 2021

- Dans l'étude, les participants passaient d'une unité de médecine de soins de courte durée d'un hôpital à leur domicile.
- L'hospitalier a contacté le médecin de soins primaires de la personne par téléphone dans les 72 heures précédant le congé, en effectuant au maximum trois tentatives d'appel. Au cours de l'appel téléphonique, les prestataires de soins discutent de la raison et de la durée de l'hospitalisation, des soins médicaux fournis, des changements de médicaments, des considérations sociales pertinentes, de la date de congé et de tous les renseignements nécessaires pour fournir des soins de suivi après la transition (83).

#### Krol et coll., 2019

- Le programme Health Optimization Program for Elders (HOPE) est un programme destiné aux personnes âgées à haut risque qui passent d'un hôpital à un centre de réadaptation.
- L'équipe HOPE de l'hôpital comprend un infirmier praticien (qui dirige le programme), un gériatre, des spécialistes en soins de courte durée, des boursiers en gériatrie, des responsables des soins infirmiers, des gestionnaires des cas, des représentants de la direction de l'hôpital et un responsable administratif.
- L'équipe de réadaptation comprend le personnel infirmier, les prestataires médicaux, les thérapeutes en réadaptation, les travailleurs sociaux et les coordinateurs de transport.
- Le type de soutien fourni comprenait une consultation unique à l'hôpital par l'équipe HOPE et une évaluation environ 72 heures après la transition par l'infirmier praticien, qui communiquait avec le personnel de réadaptation par téléphone ou en personne au sujet du séjour à l'hôpital de la personne, des médicaments, des progrès de la réadaptation, des rendez-vous de suivi en ambulatoire et des objectifs de soins (85).



## INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES

### Low et coll., 2017

- Les participants du groupe d'intervention ont reçu des soins de transition avant leur congé de l'hôpital par l'intermédiaire d'une unité de pratique intégrée, composée d'une équipe de soins aux patients hospitalisés et d'une équipe de soins virtuels aux patients ambulatoires.
- L'équipe d'hospitalisation était composée du médecin de famille traitant, d'un médecin-conseil, d'un gestionnaire de cas, d'un pharmacien et d'un travailleur social.
- L'équipe du service virtuel ambulatoire comprenait le médecin de famille traitant, deux gestionnaires de cas et un travailleur social. Au moment de la transition, les soins ont été confiés à l'équipe du service ambulatoire virtuel.
- Le type de soutien fourni par l'équipe du patient hospitalisé comprenait : la planification du congé; le bilan comparatif des médicaments; le mentorat en matière d'autogestion; la planification des suivis; et les coordonnées de l'infirmier du service virtuel ambulatoire.
- L'équipe du service virtuel a suivi de près les personnes pendant trois mois et a procédé à un examen téléphonique dans les 72 heures suivant la transition, à une évaluation à domicile et à des examens téléphoniques réguliers afin de déterminer les complications précoces (81).

### Moore et coll., 2017

- Les séances de vidéoconférence de l'Extension for Community Healthcare Outcomes Care Transitions (ECHO-CT) se concentrent sur les personnes âgées en transition entre l'hôpital et un établissement de réadaptation.
- L'équipe hospitalière était composée d'un pharmacien, d'un travailleur social, d'un animateur en soins de courte durée et d'un gestionnaire de projet.
- Le personnel du centre de réadaptation comprenait des infirmiers, des médecins et, occasionnellement, des kinésithérapeutes ainsi que des stagiaires.
- Les séances de vidéoconférence de l'ECHO-CT ont eu lieu chaque semaine pendant une heure et demie et ont consisté en des discussions discrètes de 15 minutes en face à face entre l'hôpital et les équipes de soins de réadaptation à l'aide d'une technologie de communication vidéo sécurisée.
- Les séances de vidéoconférence comprenaient une discussion sur le séjour à l'hôpital de la personne, son état de santé actuel, ses médicaments et ses préoccupations/questions relatives à son plan de soins (86).

### Paolini et coll., 2022

- L'intervention Careggi Re-Engineered Discharge (CaRED) est conçue pour aider les adultes qui quittent un service de médecine très complexe d'un hôpital universitaire pour rentrer chez eux.
- CaRED est un protocole de congé restructuré, qui implique une communication directe entre les hôpitaux et les médecins généralistes en soins primaires.
- Des médecins généralistes ont reçu un courriel les informant de l'hospitalisation d'un de leurs patients. Le courriel autorisait le médecin généraliste à accéder au dossier médical électronique de l'hôpital pendant toute la durée de l'hospitalisation du patient. Les médecins généralistes ont également pu contacter directement le personnel hospitalier et discuter avec lui des données sanitaires ainsi que des décisions en matière de soins de santé. Au moment du congé, les médecins généralistes ont reçu un courrier électronique, incluant la lettre de congé, qui les avertissait directement du congé (84).

**INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES****Schubert et coll., 2016**

- Le programme GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders) est une intervention destinée aux vétérans de 65 ans et plus qui rentrent chez eux après une hospitalisation.
- Un infirmier praticien et un travailleur social (l'équipe GRACE) ont effectué une évaluation à domicile une semaine après le congé de l'hôpital de la personne âgée. La visite s'est concentrée sur la caractérisation des inquiétudes à la suite du congé de l'hôpital concernant les médicaments, les rendez-vous de suivi, etc.
- L'équipe GRACE s'est ensuite rapprochée d'une équipe élargie (le groupe interdisciplinaire GRACE), composée d'un gériatre, d'un pharmacien et d'un psychologue ou d'un agent de liaison en santé mentale, pour relayer les résultats de l'évaluation et élaborer un plan de soins détaillé. L'équipe GRACE se met ensuite en rapport avec la personne et son prestataire de soins primaires pour examiner, modifier et mettre en œuvre le plan de soins afin de s'assurer qu'il est conforme aux objectifs et aux préférences de la personne.
- Une fois le plan finalisé, l'équipe GRACE a effectué des visites de suivi à domicile tous les mois, ou selon les besoins, afin de poursuivre sa participation aux soins du vétéran (en présentiel ou par téléphone) (82).

## Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO). Designing integrated care for older adults living with complex and chronic health needs: a scoping review. [lieu inconnu] : PGLO; 2020. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2020/11/PGLO-Scoping-Review-FINAL.pdf">https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2020/11/PGLO-Scoping-Review-FINAL.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documentation examinant les éléments de conception pour aider les planificateurs, les décideurs politiques, les responsables de la santé et les cliniciens à concevoir des moyens d'intégrer les systèmes de soins pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes.</li> </ul>
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. Toronto (Ont.) : RNAO; 2013. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare">https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ LDPE de l'AIIAO.</li> <li>■ Il présente des recommandations de pratiques exemplaires au niveau du système, de l'organisation et de l'individu pour développer et maintenir la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé.</li> </ul>
<p>SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. Dans : Institute for Healthcare Improvement (IHI) [Internet]. Boston (Massachusetts) : IHI; 2013. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx">https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) est un outil permettant d'encadrer les conversations sur l'état d'une personne entre les membres de l'équipe interprofessionnelle.</li> <li>■ Il encourage l'échange de renseignements clairs et concis.</li> </ul>
<p>Cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada. Dans : Excellence en santé Canada (ESC). [En ligne]. Ottawa (Ont.) : HEC; 2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/cours-sur-les-notions-essentielles-de-teamstepps-canada/">https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/cours-sur-les-notions-essentielles-de-teamstepps-canada/</a></p> <p>Guides de poche : TeamSTEPPS. Team Strategies &amp; Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Dans : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD) : AHRQ; [créé en janvier 2014; révisé en janvier 2020]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html">https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TeamSTEPPS est un cadre fondé sur des données probantes visant à optimiser la communication et la collaboration au sein de l'équipe dans l'ensemble du système de santé.</li> <li>■ Excellence en santé Canada est le responsable pédagogique de TeamSTEPPS Canada. Le cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada est un cours d'apprentissage en ligne gratuit d'une durée de 20 minutes.</li> <li>■ Le guide de poche de l'ARHQ contient des stratégies et des outils pour améliorer les rendements et la sécurité des équipes.</li> </ul>

## EXAMEN DE L'HISTORIQUE DES MÉDICAMENTS

### ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 4.0 :

Afin de garantir la sécurité des médicaments, il est souhaitable que les prestataires de soins de santé effectuent les démarches suivantes en collaboration avec la personne en transition et son réseau de soutien :

- obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible;
- effectuer un bilan comparatif des médicaments à tous les points de transition.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (18). Les transitions dans les soins comprennent le transfert des renseignements et des soins d'une personne entre différents environnements, prestataires de services sociaux et de soins de santé, et équipes interprofessionnelles (8,87). Au cours de ces transitions, il est fréquent que les médicaments soient arrêtés, adaptés ou prescrits de nouveau. La communication et les processus de soins peuvent être interrompus à différents moments au cours d'une transition de soins, ce qui entraîne des erreurs ou des divergences involontaires dans la prise de médicaments (88). En tant que telle, la sécurité des médicaments est une norme de pratique professionnelle (89), et c'est une pratique clinique exemplaire pour les prestataires de soins de santé de collaborer avec les personnes et leur réseau de soutien pour mettre en œuvre des stratégies qui garantissent la sécurité des médicaments pendant les transitions dans les soins.

Les types courants de divergences médicamenteuses qui se produisent pendant les transitions de soins comprennent l'omission de médicaments, les erreurs de prescription et la non-communication des changements de médicaments (88). Bien qu'il soit difficile d'estimer la prévalence des divergences médicamenteuses lors des transitions de soins en raison des différentes méthodes de définition et de classification des divergences, une revue Cochrane de 2018 a rapporté que 559 personnes sur 1000 risquent d'avoir une ou plusieurs divergences médicamenteuses lors d'une transition de soins (88,90). Une part considérable des divergences médicamenteuses entraîne des **méfais liés aux médicaments**<sup>G</sup>, y compris un événement médicamenteux indésirable évitable (par exemple, un dommage dû à une erreur médicamenteuse) ou un événement médicamenteux indésirable non évitable (par exemple, un effet indésirable) (88). Selon Qualité des services de santé Ontario, les populations suivantes de l'Ontario courent un plus grand risque de subir un préjudice lié aux médicaments : les enfants et les jeunes; les personnes âgées; les personnes qui prennent plusieurs médicaments (polypharmacie); les personnes souffrant de troubles mentaux; les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs légers; les personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais; les personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation ou de compétence informationnelle en santé; les personnes handicapées; les personnes ayant un faible statut socio-économique; et les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance pour les médicaments (91).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2019), les stratégies clés suivantes peuvent contribuer à améliorer la sécurité des médicaments pendant les transitions de soins (88) :

1. Mise en place d'un processus structuré de bilan comparatif des médicaments à chaque étape de la transition :
  - a) Obtention du **meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)**<sup>G</sup>, qui comprend un entretien avec la personne ou un membre de son réseau de soutien et la vérification de l'historique des médicaments auprès d'au moins une autre source d'information fiable afin d'obtenir une liste complète et précise des médicaments utilisés au moment de la transition. Pour obtenir la liste de questions que les prestataires de soins de santé peuvent poser lorsqu'ils effectuent un MSTP, voir l'[annexe I](#).

- b) Compilation et mise à jour de la liste des médicaments, ce qui inclut la comparaison du MSTP avec les médicaments prescrits, la caractérisation et la résolution des divergences, la documentation des changements et la mise à jour de la liste des médicaments. Cela se fait en partenariat avec les personnes concernées afin de garantir un transfert complet et précis des renseignements relatifs aux médicaments à chaque étape de la transition.
- c) Communication de la liste actuelle des médicaments et les raisons de tout changement de médication à la personne, à son réseau de soutien et aux prestataires de soins de santé auxquels les soins sont transférés (88).

Pour obtenir un exemple de formulaire de bilan comparatif des médicaments que les prestataires de soins de santé peuvent utiliser, voir l'[annexe J](#).

2. Collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien pour s'assurer que les personnes peuvent gérer leurs médicaments en toute sécurité, ce qui comprend la compréhension des effets de leurs médicaments et de la manière dont ils doivent être pris.

L'éducation et la connaissance des médicaments sont essentielles pour prévenir les méfaits liés aux médicaments et améliorer la sécurité des médicaments pendant les transitions de soins. La collaboration entre les personnes, leur réseau de soutien et les prestataires de soins de santé est souhaitable pour informer les personnes et leur donner les moyens de gérer eux-mêmes leurs médicaments et d'améliorer les résultats en matière de santé et de sécurité. Il est important de fournir aux personnes des renseignements sur les médicaments sur leurs médicaments et sur la manière de les utiliser en toute sécurité.

La distribution de dépliants des renseignements et l'offre de conseils peuvent y contribuer. La sécurité des médicaments peut également être améliorée en fournissant des instructions sur les médicaments, des soins de suivi après la transition et un numéro de contact où les personnes peuvent appeler lorsqu'elles ont des questions ou des problèmes liés à leurs médicaments (88).

Pour obtenir la liste de questions que les personnes doivent poser au sujet de leurs médicaments avant une transition, voir les [annexes K et L](#).

3. Fourniture d'un soutien renforcé aux personnes présentant un risque élevé de méfaits liés aux médicaments avant et après les transitions dans les soins.
4. Amélioration de la qualité et de la disponibilité des renseignements sur les médicaments lors des transitions de soins.

Il est important de définir les sources de renseignements les plus fiables pour vérifier les antécédents de médication au moment des transitions de soins. La connaissance et la compréhension par la personne de ses médicaments peuvent être renforcées par l'utilisation d'une liste de médicaments tenue par le patient. Il peut s'agir d'un support papier (par exemple, une carte de médicaments ou un passeport de médicaments) ou d'un support électronique (par exemple, une application mobile) pour aider les personnes à suivre leurs médicaments et à communiquer les informations avec les prestataires de soins de santé si nécessaire (88).

## Conseils de mise en œuvre

### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Un MSTP doit être rempli avant que le bilan comparatif des médicaments ne soit effectué. Dans la mesure du possible, il est utile que le MSTP soit rempli avant la transition des soins, car cela permet d'effectuer le bilan comparatif des médicaments beaucoup plus facilement et rapidement après la transition. S'il n'est pas possible de réaliser un MSTP avant une transition, il doit être effectué après une transition de soins avant que le bilan comparatif des médicaments ne soit réalisé.
- Lors de la réalisation d'un MSTP avec la personne et son réseau de soutien, le jargon médical ne doit pas être utilisé. L'historique des médicaments doit inclure les médicaments prescrits, les médicaments en vente libre, les compléments alimentaires à base de plantes ou d'autres produits de santé, les gouttes pour les yeux et les crèmes topiques. Les soins culturellement sûrs impliquent la reconnaissance des médecines traditionnelles qui peuvent être utilisées à des fins médicinales, spirituelles, sacrées et cérémonielles afin de favoriser la guérison.

- Les professionnels de la santé qui recueillent l'historique de la santé et effectuent un bilan comparatif des médicaments doivent examiner attentivement les interactions, les effets indésirables et les contre-indications des nouveaux médicaments avant de les prescrire. Cette étape est particulièrement importante pour les personnes souffrant de maladies complexes ou chroniques.
- Le bilan comparatif des médicaments est une responsabilité partagée par les prestataires de soins de santé, en collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien, dans tous les contextes où se produisent des transitions dans les soins.
- Il est essentiel que les personnes et leur réseau de soutien soient renseignés et reçoivent des documents imprimés les informant des changements apportés à leurs médicaments et des raisons de ces changements. Un manque de compréhension des changements de médicaments peut entraîner une polypharmacie et contribuer à ce que les personnes continuent à prendre des médicaments dont elles n'ont plus besoin ou dont la posologie a été modifiée après la transition. Dans le cadre de l'accueil, il est important que les personnes aient accès à un pharmacien qui puisse répondre à leurs questions sur leurs médicaments.
- Lors d'une transition, un rapport énumérant les médicaments actuels et passés doit être envoyé aux prestataires du milieu d'accueil pour les informer des changements apportés aux médicaments de la personne. Dans la mesure du possible, ce rapport doit être transmis par voie électronique. Lorsque les personnes passent de l'hôpital au SLD, il est utile que le prestataire le plus responsable de l'hôpital (c'est-à-dire le médecin ou l'infirmier praticien) communique ces renseignements directement au médecin ou à l'infirmier praticien du foyer de SLD.
- Les prestataires de soins de santé doivent déterminer si les personnes ont accès aux médicaments prescrits et à l'équipement (par exemple, l'insuline et les seringues) et si ces médicaments sont couverts par les programmes provinciaux, territoriaux ou fédéraux de lutte contre la toxicomanie. Les prestataires de soins doivent savoir que certains médicaments ne sont pris en charge que dans des contextes spécifiques (par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario couvre certains médicaments à l'hôpital, mais pas dans les établissements de SLD).
- Les prestataires de soins de santé doivent également évaluer :
  - La capacité des personnes à suivre les instructions (par exemple, si quelqu'un est présent pour leur rappeler de prendre leurs médicaments, si nécessaire).
  - La capacité des personnes à respecter des régimes médicamenteux spécifiques en fonction de leur mode de vie personnel, de leurs préférences, etc.
  - La capacité des personnes à comprendre ou non les changements apportés à leurs médicaments. Il s'agit notamment de comprendre ce que fait le médicament et comment il doit être pris.
- Une fois le bilan de médication effectué, un examen des médicaments peut également avoir lieu. Un examen des médicaments est une évaluation structurée des médicaments pris par une personne dans le but d'en optimiser l'utilisation (88). Les risques et les avantages de chaque médicament sont examinés à la lumière de l'état de santé actuel de la personne et de ses conditions de vie, et des décisions sont prises quant au traitement futur. Cette procédure peut se produire avant ou après une transition dans les soins (88).
- Les organisations doivent développer des politiques standardisées et des processus structurés pour guider le bilan comparatif des médicaments lors des transitions de soins. Cette approche permet de s'assurer que des renseignements complets et précis sur les médicaments sont communiqués à tous les points de transition. Cela correspond également aux Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada pour maintenir une liste de médicaments exacte lors des transitions de soins (à venir, mise en œuvre en 2024) (92).

## Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Alberta Health Services (AHS) Best possible medication history (BPMH) interview guide [Internet]. Edmonton (Alberta) : AHS; 2014. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf">https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guide d’entretien pour la conduite d’un MSTP.</li> <li>■ Liste des questions que les prestataires de soins de santé peuvent poser pour obtenir une liste complète et précise des médicaments pris au moment de la transition.</li> </ul>
<p>Hospital to Home – Facilitating Medication Safety at Transitions. A Toolkit and Checklist for Healthcare Providers. Dans : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) Canada [Internet]. Toronto (Ont.) : ISMP Canada; [date inconnue]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ismp-canada.org/transitions/">https://www.ismp-canada.org/transitions/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une boîte à outils pour aider les prestataires de soins de santé à prévenir les erreurs de médication lors des transitions entre l’hôpital et le domicile.</li> <li>■ Elle comprend une liste de contrôle et un modèle de formulaire de télécopie pour faciliter la communication avec les pharmaciens communautaires.</li> </ul>
<p>Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP). Medication reconciliation. Frequently asked questions [Internet]. Toronto (Ont.) : ISMP Canada; [date inconnue]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/FAQ-RolesResponsibilitiesMedRec.pdf">https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/FAQ-RolesResponsibilitiesMedRec.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le document décrit les membres de l’équipe interprofessionnelle qui devraient être impliqués dans le bilan comparatif des médicaments, ainsi que leurs rôles et responsabilités.</li> <li>■ Il décrit également le rôle des personnes et de leur réseau de soutien dans le processus de bilan comparatif des médicaments.</li> </ul>



## SOUTIEN À LA NAVIGATION

### ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 5.0 :

Une pratique exemplaire consiste, pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, à fournir aux personnes et à leur réseau de soutien des renseignements et une aide pour gérer leurs besoins pendant et après les transitions dans les soins.

Cet énoncé de pratique exemplaire ne requiert pas l'application du système GRADE (18). Fournir des renseignements et un soutien aux personnes ainsi qu'à leur réseau de soutien est une norme de pratique professionnelle (61) et fait partie du code de conduite de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (93). Ainsi, lorsque les personnes et leur réseau de soutien sont confrontés à une transition dans les soins, il est de pratique clinique exemplaire et une condition préalable à la santé et au bien-être que les prestataires de services sociaux et de soins de santé veillent à ce que des renseignements et un soutien leur soient fournis.

Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent fournir aux personnes et à leur réseau de soutien des renseignements clairs et opportuns, les impliquer et les soutenir dans la prise de décisions concernant les soins, les défendre et les aider à accéder aux soins de santé dont ils ont besoin (93). Les types de renseignement et de soutien que les prestataires de services sociaux et de soins de santé fournissent aux personnes et à leurs familles peuvent varier et peuvent inclure les éléments suivants : éducation à la santé individualisée ou mentorat pour promouvoir l'autogestion (43,44,94-97); prise de rendez-vous, orientation ou conseils sur les services ou les ressources communautaires (43,44,94,96,98-104); aide aux personnes pour définir et répondre aux complications ou aux signes d'alerte (43,95,97); et élimination des obstacles aux soins (44,94,99). L'éducation à la santé doit être adaptée aux besoins de la personne et de son réseau de soutien, ainsi qu'à leur capacité et à leur volonté de gérer les soins après la transition (25). Il s'agit par exemple de l'éducation au soin des plaies, à l'administration des médicaments et à l'utilisation en toute sécurité des équipements médicaux.

Lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé communiquent les renseignements aux personnes et à leur réseau de soutien, ils leur donnent les moyens de comprendre les avantages et les inconvénients de leurs besoins potentiels de soins et de traitements et qu'elles en seront les résultats, ce qui leur permet de décider de ce qui est le mieux pour eux en matière de soins (105). Par exemple, les personnes interrogées dans le cadre d'une étude ont déclaré que lorsqu'elles recevaient des renseignements précis et de l'aide de la part d'un prestataire de soins de santé, elles ressentaient un sentiment de soulagement et cela leur permettait de « [connaître] un peu mieux [leurs] droits » (99). Des sentiments d'efficacité personnelle pour naviguer dans le système de santé et de confiance en soi dans la gestion des conditions de santé ont également été notés par de nombreuses personnes (99).

Il est essentiel de ne pas négliger les besoins des soignants et des membres du réseau de soutien d'une personne, car ils sont souvent la principale source de soutien de la personne après une transition (55). Une revue systématique qui a étudié les besoins des soignants lors des transitions de soins a rapporté qu'il y a souvent un manque d'éducation et de formation des soignants pour leur permettre de fournir des soins optimaux à leurs proches à la suite d'une transition (55). De plus, les soignants se disent souvent émotionnellement et physiquement épuisés (55,106) et inquiets de ne pas avoir les compétences ou les connaissances nécessaires pour s'occuper de la personne qui vit une transition (107). Il faut veiller à fournir une éducation, une formation et un soutien pratique adéquats à la fois aux personnes ainsi qu'à leur réseau de soutien.

## Conseils de mise en œuvre

### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Il incombe au prestataire de soins de santé ou de services sociaux de prouver qu'il est digne de confiance en énonçant clairement son rôle et ses responsabilités, en écoutant attentivement les préoccupations de la personne, en comprenant l'appréhension qu'elle peut ressentir et en respectant ses engagements. Lorsqu'une relation de confiance s'établit entre la personne et le prestataire de services sociaux ou de soins de santé, les personnes se sentent plus à l'aise à exprimer leurs préoccupations et à poser des questions.
- Les déséquilibres de pouvoir sont inhérents à la prestation de services de santé, et les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent jouer le rôle de gardiens des services et des traitements. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent minimiser les différences de pouvoir en écoutant activement, en posant des questions et en proposant des options. Les personnes peuvent ne pas savoir quels soutiens potentiellement bénéfiques sont disponibles; pour y remédier, les prestataires doivent faire connaître les ressources offertes et les services financés auxquels les personnes sont admissibles.
- Tous les services et soutiens ne sont pas forcément offerts dans les zones rurales et éloignées; dans la mesure du possible, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent s'efforcer de réduire les lacunes en matière de soins et d'améliorer l'accès aux services. Lorsque cela n'est pas possible, les prestataires doivent faire preuve de transparence quant aux services offerts et les communiquer clairement aux personnes concernées et à leur réseau de soutien.
- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent s'assurer que les renseignements sont fournis et compris, que les aides sont en place et que les rendez-vous de suivi ont été programmés et peuvent être honorés avant que la personne ne passe à la prochaine étape.
- Lorsqu'ils offrent une éducation en santé, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent utiliser un langage simple, réduire au minimum le jargon médical et veiller à ce que les documents imprimés soient rédigés à un niveau correspondant à la 5<sup>e</sup> ou à la 6<sup>e</sup> année du primaire. Pour tenir compte des différents styles d'apprentissage, les renseignements doivent être fournis de différentes manières, y compris sous forme verbale et écrite. La formation pratique peut permettre aux personnes d'apprendre et de pratiquer de nouvelles compétences, telles que les changements de pansements, avant une transition.
- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent utiliser l'approche de l'apprentissage à rebours pour s'assurer que les personnes et leur réseau de soutien comprennent ce qui leur est appris ainsi que les instructions avant la transition. L'apprentissage à rebours consiste à demander à une personne de dire en ses propres mots ce qui lui a été expliqué (108).

## Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Agency for Healthcare Research (AHRQ). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2<sup>e</sup> éd. [En ligne]. Rockville (MD) : AHRQ; 2020. Tool 5: use the teach-back method. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournit des faits, des instructions et des conseils utiles sur la manière d'apprendre et d'utiliser ensuite la méthode « teach-back » avec des personnes et leur réseau de soutien.</li> <li>■ Cela permet de s'assurer que l'éducation à la santé est expliquée d'une manière compréhensible pour les personnes concernées et leur réseau de soutien.</li> </ul>
<p>Qualité des services de santé Ontario Transitions entre l'hôpital et la maison : soins aux personnes de tous âges [Internet]. Toronto (Ont.) : HQO; 2020. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf">https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Norme de qualité de Qualité des services de santé Ontario.</li> <li>■ Le document traite des soins aux personnes de tous âges en transition entre l'hôpital et le domicile.</li> <li>■ Il comprend une section sur les renseignements, l'éducation et le soutien qui devraient être fournis aux personnes ainsi qu'à leur réseau de soutien pendant les transitions dans les soins.</li> </ul>
<p>Ligne d'assistance aux aidants naturels de l'Ontario. Dans : Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario (OSANO) [Internet]. Toronto (Ont.) : OSANO; 2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://ontariocaregiver.ca/fr/ligne-dassistance/">https://ontariocaregiver.ca/fr/ligne-dassistance/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ligne d'assistance où les soignants peuvent parler à un spécialiste des ressources communautaires pour les mettre en contact avec des services et des soutiens communautaires dans tout l'Ontario, en fonction de leurs besoins individuels.</li> <li>■ Des services d'interprétation sont offerts dans plus de 150 langues.</li> </ul>
<p>Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario (OSANO). Trousse de démarrage Je suis une personne aidante naturelle [Internet]. Toronto (Ont.) : OSANO; 2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2023/04/OCO-starter-kit-March-28-2023-Web-FRENCH-NEW_FINAL-es.pdf">https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2023/04/OCO-starter-kit-March-28-2023-Web-FRENCH-NEW_FINAL-es.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trousse de démarrage de l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario.</li> <li>■ Elle comprend des renseignements et des ressources éducatives pour les soignants qui soutiennent les membres de la famille, les partenaires ou les amis.</li> <li>■ La trousse aide les soignants à définir leurs propres besoins et à y réfléchir afin de mieux gérer leurs responsabilités de soignant.</li> </ul>

**RECOMMANDATION 5.1 :**

Le comité d'experts suggère que le soutien à la navigation soit fourni par les prestataires de services sociaux ou de soins de santé aux personnes ayant des besoins complexes en matière de soins et qui sont confrontées à une transition de soins. Ce soutien comprend un suivi régulier par le(s) prestataire(s) afin d'évaluer et de répondre aux besoins actuels et évolutifs de la personne en matière de soins de santé et de services sociaux.

**Force de la recommandation :** Conditionnelle

**Degré de certitude des données sur les effets :** Très faible

**Discussion sur les données probantes :****Avantages et inconvénients**

Le soutien à la navigation fait référence au soutien individualisé et coordonné fourni par les prestataires de services sociaux et de soins de santé afin d'aider les personnes et leur réseau de soutien à surmonter les difficultés liées à la navigation dans le système de soins sociaux et de santé pendant les transitions de soins. Dans le cadre de cette LDPE, le soutien à la navigation implique un suivi régulier par un prestataire de services sociaux ou de soins de santé qui s'occupe des besoins individuels de la personne et la met en relation avec les services et soutiens adéquats. Il peut s'agir de fournir aux personnes les renseignements et les ressources dont elles ont besoin pour atteindre leurs objectifs de soins, de les mettre en relation avec d'autres prestataires de services sociaux et de soins de santé, d'aider à réduire les obstacles qui empêchent les personnes d'accéder à des soins en temps opportun, de fournir un soutien social et émotionnel et d'améliorer l'accès à des soins culturellement sûrs. Dans les études incluses, l'autre option à ce type de soins était les soins habituels sans le soutien d'un intervenant pivot. Les soins habituels comprennent généralement des instructions standard après le congé de l'hôpital, des références et des rendez-vous de suivi en soins ambulatoires. Dans toutes les études, le soutien à la navigation a été fourni par des prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés (p. ex. personnel infirmier et travailleurs sociaux) (98-100,104,109,110) et des prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés (p. ex., travailleurs pairs ayant une expérience concrète et mentors de transition) (43,44,60,94-96,99,101-103). Ce soutien a été apporté aux personnes ayant des besoins complexes en matière de soins et ayant déjà subi un nombre élevé d'hospitalisations ou de visites aux urgences au cours d'une période donnée (94,96,99,103,104,110), ou aux personnes ayant reçu un diagnostic associé à un risque élevé d'admission ou de réadmission à l'hôpital (43,60,95,97,98,100-102,109,111).

Globalement, le soutien à la navigation comprenait un suivi des personnes après une transition dans les soins afin d'évaluer leurs besoins actuels et évolutifs en matière de soins de santé ou de services sociaux. Des contrôles réguliers ont permis aux prestataires de services sociaux et de soins de santé de déterminer si la situation, les besoins ou les objectifs d'une personne avaient évolué, si les services fournis répondaient aux besoins de la personne et si de nouvelles aides ou de nouveaux services étaient nécessaires. Le contact a été principalement établi par des visites en personne ou des appels téléphoniques, et la durée du suivi a varié d'un mois à un an. La majorité des études se sont concentrées sur le soutien à apporter lors des transitions entre l'hôpital et le domicile. Les composantes spécifiques de l'intervention mentionnées dans la documentation sont décrites ci-dessous dans les « Conseils de mise en œuvre ».

Les données suggèrent que lorsqu'on fournit un soutien à la navigation aux personnes ayant des besoins de soins complexes pendant une transition de soins, le nombre de visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé augmente (44,60,96,103,109,110), les réadmissions dans les 30 jours suivant une transition de soins diminuent (43,44,94,96,104,109,111) et la satisfaction des patients augmente (95,97,99,100,102,103). Cependant, les résultats ne sont pas uniformes, certaines études ne montrant pas de différences importantes pour les visites de suivi (60), la satisfaction des patients

(97,103) et les réadmissions dans les 30 jours (111). Dans les études, les visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé ont été définies comme des rendez-vous en soins ambulatoires visant à évaluer l'état de santé d'une personne à la suite d'une transition dans les soins. Aucune différence importante n'a été constatée dans les études qui ont évalué l'effet du soutien à la navigation sur la qualité de vie (97,98,100,101) et les visites aux urgences dans les 30 jours suivant une transition des soins (44,96,109,111). Globalement, le degré de certitude des données se situe entre faible et très faible.

La documentation ne fait état d'aucun préjudice lié au fait de fournir un soutien à la navigation pour les personnes ayant des besoins de soins complexes pendant les transitions de soins. Dans une étude où un soutien à la navigation a été fourni à des adultes en transition à partir d'équipes de résolution de crises de santé mentale, les événements indésirables (réadmission, tentative de suicide, tentative de meurtre et décès) ont été évalués indépendamment par un comité directeur, et aucun n'a été jugé comme étant lié à l'étude (95).

La certitude des données probantes était très faible en raison des limitations dans la manière dont les études ont été menées, de l'incohérence dans l'utilisation des outils de mesure et des résultats de l'étude, et de l'imprécision liée au petit nombre de participants à l'étude ou au peu d'événements rapportés. Les données probantes étaient également indirectes, car de nombreuses études incluaient un intervenant dans le cadre d'une intervention à plusieurs composantes, et différents types de soutien à la navigation étaient fournis dans chaque étude en fonction des besoins des participants. Pour des renseignements plus détaillés sur l'incidence du soutien à la navigation lors d'une transition des soins sur les résultats prioritaires, voir les [profils de données](#).

### Valeurs et préférences

Dans quatre études portant sur les valeurs et les préférences, les personnes ont apprécié le soutien à la navigation qu'elles ont reçue de la part des prestataires de services sociaux et de soins de santé (43,99,101,102). Dans une étude, des personnes ont décrit le sentiment de soulagement qu'elles éprouvaient lorsqu'elles recevaient enfin l'aide dont elles avaient besoin (99). Les personnes ont apprécié être mises en contact avec des ressources communautaires (102), recevoir un soutien émotionnel et pratique, comme une aide au transport (102), et qu'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé assure le suivi de leurs besoins en matière de soins (43) et de leurs rendez-vous chez le médecin (99). Les participants ont également indiqué que le soutien à la navigation permettait de faire le lien entre les services hospitaliers et ambulatoires lors de la transition entre l'hôpital psychiatrique et le domicile (101). Certaines personnes ont estimé que les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé mentale auraient besoin d'un suivi de plus de six semaines (101). Dans une des études (99), les personnes apprécient la continuité des soins et le soutien individualisé, et estiment que cela est particulièrement important pour les personnes qui ne disposent pas d'un réseau de soins solide.

### Équité dans l'accès aux soins

#### Des résultats de la revue systématique

La méfiance à l'égard du système de santé est souvent élevée dans les collectivités mal desservies, ce qui peut entraîner une moindre utilisation des services de santé préventifs et des retards dans la recherche d'un traitement médical (94). Si les prestataires comprennent les collectivités et les expériences des personnes qu'ils soutiennent, cela peut contribuer à instaurer la confiance entre les personnes et le système de santé. La revue systématique a révélé que trois études portaient sur l'équité en matière de santé : dans deux études, les interventions étaient conçues pour soutenir les utilisateurs fréquents du système de santé dans les collectivités mal desservies, qui avaient des besoins médicaux et sociaux complexes (99,104); dans une des études, les participants étaient des enfants et des soignants issus de familles à faible revenu (43). Après avoir bénéficié d'un soutien à la navigation, une réduction des réadmissions à 30 jours a été constatée dans deux études (43,104), et les participants à une des études se sont déclarés très satisfaits de l'aide reçue (99). Une des études a également indiqué que le soutien à la navigation fournie par des prestataires de services sociaux et de soins de santé bilingues était essentiel à la réussite du programme, étant donné que l'intervention s'adressait à une population essentiellement hispanophone (43).

### Selon le comité d'experts

Le comité d'experts a noté que les personnes ayant des besoins complexes sont vulnérables aux lacunes dans la coordination des soins, ce qui les expose à un risque accru d'événements indésirables lors des transitions dans les soins. En outre, le soutien à la navigation peut être particulièrement bénéfique pour les personnes issues de collectivités mal desservies, qui sont souvent confrontées à des disparités et à des obstacles plus importants en matière de santé lorsqu'elles naviguent dans un système de santé complexe. Dans ces collectivités, les intervenants pivot peuvent défendre les intérêts des personnes et de leur réseau de soutien et les mettre en contact avec les services de santé et d'aide sociale dont ils ont besoin. Ils peuvent également soutenir la fourniture de services de santé traditionnels et occidentaux en travaillant avec les collectivités locales pour améliorer l'accès et la coordination des services de santé occidentaux et traditionnels pour les populations autochtones. Le comité d'experts a également noté que les obstacles structurels, tels que le racisme systémique et la discrimination au sein du système de santé, créent des risques supplémentaires pour les personnes qui naviguent dans le système de santé. Ils ont évoqué les cas de Brian Sinclair et Joyce Echaquan, des autochtones décédés à cause du racisme systémique alors qu'ils avaient accès à des services de santé au Canada (112,113).

### Conclusions du comité d'experts

Bien que les données probantes soient très incertaines quant aux effets du soutien à la navigation sur la qualité de vie des patients, les visites aux urgences, les visites de suivi, la satisfaction des patients et les taux de réadmission, les personnes qui bénéficient d'un soutien à la navigation apprécient fortement l'aide qu'elles reçoivent. De plus, aucun effet indésirable n'a été signalé dans la documentation. En outre, le soutien à la navigation peut être bénéfique pour les populations vulnérables et celles qui ont des besoins de soins complexes, car elle peut aider à surmonter les obstacles couramment rencontrés dans le système de soins de santé. Par conséquent, le comité d'experts a décidé que cette recommandation était conditionnelle.

### Conseils de mise en œuvre

#### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Le type de prestataire de services sociaux et de soins de santé fournissant un soutien à la navigation, ainsi que le type d'aide qu'il fournit, varie en fonction des besoins physiques, mentaux et sociaux de la personne confrontée à une transition. Le soutien à la navigation peut être fourni par des prestataires de services sociaux et de soins de santé, réglementés ou non.
- Les descriptions de rôle existantes peuvent être modifiées pour inclure le soutien à la navigation en fonction des rôles et de l'expertise du personnel actuel.
- Il peut être avantageux que le même prestataire de services sociaux ou de soins de santé fournisse un soutien à la navigation lors de multiples transitions dans les soins. L'intégration de ce prestataire dans les soins primaires ou le secteur communautaire peut permettre de développer une relation continue entre la personne et le prestataire. Toutefois, les personnes peuvent également recevoir un soutien à la navigation de la part d'organisations communautaires qui ont pour mission d'aider les personnes à s'orienter dans le système lors des transitions de soins. Ces organisations peuvent être composées de plusieurs prestataires de services sociaux et de soins de santé avec lesquels la personne pourrait développer des relations de confiance.
- Quelle que soit la personne qui fournit le soutien à la navigation, son rôle et ses responsabilités doivent être clairement définis.
- La durée du suivi dépendra des besoins de la personne soignée. Pour de nombreuses personnes, en particulier celles qui ont besoin d'un soutien pour des maladies chroniques, une période de suivi plus longue peut s'avérer nécessaire.
- Bien que le suivi se fasse souvent par des visites en personne, les outils virtuels peuvent également être utiles pour faciliter le suivi entre les personnes et les prestataires de services sociaux et de soins de santé.



- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient évaluer les besoins en matière de soins sociaux et y répondre lors des visites de suivi. Cette mesure est particulièrement importante pour les personnes issues de populations mal desservies, y compris les personnes mal logées. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent connaître les services qui peuvent aider les membres de la collectivité en matière de sécurité alimentaire et de logement et faciliter leur orientation vers ces services.
- Il est utile que les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui offrent un soutien à la navigation comprennent la langue, la culture et la vision du monde de la personne qu'ils aident. Il est essentiel que les prestataires apprécient leur propre position sociale, leurs valeurs et leurs points de vue et la manière dont cela peut affecter leurs relations avec les autres. Il est également très important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé apprennent et développent des pratiques culturellement sûres et fournissent des soins tenant compte des traumatismes.
- Lorsqu'ils fournissent un soutien à la navigation, il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé comprennent quels sont les valeurs, les objectifs et les aides les plus importants pour la personne et son réseau de soutien.
- En plus de veiller à ce que les personnes ayant des besoins complexes peuvent bénéficier d'un soutien à la navigation, il est également important de prendre en compte la conception globale du système de santé afin de s'assurer que toutes les personnes qui y ont accès peuvent s'y retrouver facilement. La nécessité d'un soutien à la navigation est encore plus grande lorsque le système de santé est fragmenté et qu'il existe des lacunes dans la prestation des services. Le développement des ESO offre une opportunité unique de créer ensemble un système de santé de manière intégrée afin que les personnes et leur réseau de soutien puissent facilement naviguer dans le système lors des transitions de soins.
- Il convient de recueillir les commentaires des personnes et de leur réseau de soutien sur la manière dont elles se sentent soutenues lorsqu'elles bénéficient d'un soutien à la navigation. Cela permettra à la personne et à son réseau de soutien d'exprimer leurs préoccupations.

Tableau 8 : Conseils de mise en œuvre tirés des données probantes

COMPOSANTES DES ÉTUDES	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>Personnes bénéficiant d'un soutien à la navigation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dans toutes les études, un soutien à la navigation et un suivi ont été fournis aux personnes ayant des besoins complexes en matière de soins qui se trouvaient dans une situation de transition.</li> <li>■ Dans 16 études, le soutien a été apporté aux adultes (44,60,94-104,109-111), et dans une des études, le soutien a été apporté aux enfants et à leurs soignants (43).</li> <li>■ Les personnes ayant des besoins de soins complexes avaient soit un nombre élevé d'hospitalisations antérieures ou de visites aux urgences au cours d'une période définie (94,96,99,103,104,110), soit un diagnostic associé à un risque élevé de réadmission (par exemple, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident vasculaire cérébral, septicémie, insuffisance cardiaque, pneumonie, infarctus du myocarde, drépanocytose, maladie mentale ou complexité médicale) (43,60,95,97,98,100-102,109,111).</li> <li>■ Dans une des études, le risque de réadmission était basé sur une combinaison de facteurs liés à l'âge, à l'hospitalisation précédente, à la durée du séjour et au diagnostic (44).</li> </ul>





COMPOSANTES DES ÉTUDES	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<b>Types de soutien à la navigation fournis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les études incluses décrivent une variété de formes de soutien à la navigation qui ont été fournies pour s’assurer que les personnes disposent des renseignements et du soutien dont elles ont besoin pour gérer leurs besoins en matière de soins de santé et de services sociaux. Il s’agit notamment de : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ fournir une éducation à la santé individualisée ou un mentorat pour promouvoir l’autogestion (43,44,60,94-97,109,111);</li> <li>□ fixer des rendez-vous, référer les personnes ou les aiguiller vers les bons services ou ressources communautaires (43,44,60,94,96,98-104,110,111);</li> <li>□ aider les personnes à reconnaître les signes précurseurs et à savoir comment les traiter (43,95,97);</li> <li>□ promouvoir l’adhésion aux médicaments (43,44,98,103,111);</li> <li>□ traiter des questions de sécurité (98);</li> <li>□ échanger des renseignements avec les prestataires de soins primaires pour favoriser la continuité des soins (110,111);</li> <li>□ lever les obstacles aux soins (44,60,94,99,110), tels que le transport vers et depuis les lieux de rendez-vous (44,103,110,111);</li> <li>□ fournir aux personnes les produits de base nécessaires (101).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Modalité de soutien</b>  <b>Durée et fréquence du suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La navigation et le suivi ont été assurés par des visites en personne (94,95,101), des appels téléphoniques (109-111), une combinaison de visites en personne et d’appels téléphoniques (43,44,60,97,99,100,102-104), ou une combinaison de visites en personne, d’appels téléphoniques et de messages textuels (96,98).</li> <li>■ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé ont souvent rencontré les personnes hospitalisées avant la transition et ont continué à leur apporter un soutien après la transition (44,96,97,103,104,109).</li> <li>■ La durée du suivi était variable, allant de : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ un à deux mois (43,44,60,96,98,101,102,109,110);</li> <li>□ trois à quatre mois (95,100,111);</li> <li>□ six mois (104);</li> <li>□ un an (94,97,99,103).</li> </ul> </li> <li>■ Les contacts de suivi sont souvent plus fréquents au cours des premières semaines ou des premiers mois suivant la transition, et deviennent moins fréquents par la suite (97,99,100,104).</li> <li>■ Dans trois études, la fréquence des contacts et la durée du suivi ont été déterminées en fonction des besoins de la personne (98,104,110).</li> </ul>

## Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Budde H, Williams GA, Scarpetti G et coll., éditeurs. Policy brief 44: what are patient navigators and how can they improve integration of care? [En ligne]. Copenhague : European Observatory on Health Systems and Policies; 2022. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-are-patient-navigators-and-how-can-they-improve-integration-of-care">https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-are-patient-navigators-and-how-can-they-improve-integration-of-care</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Note d'orientation décrivant le rôle des intervenants pivot et la manière dont ils peuvent contribuer à l'amélioration de l'intégration des soins.</li> </ul>
<p>Carmichael C, Smith L, Aldasoro E, et coll. Exploring the application of the navigation model with people experiencing homelessness: a scoping review. J Soc Distress Homeless [Internet]. Jan. 2022. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10530789.2021.2021363">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10530789.2021.2021363</a></p> <p>Carter N, Valaitis RK, Lam A, et coll. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. BMC Health Serv Res [Internet]. Déc. 2018;18(96). Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2889-0">https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2889-0</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Examen de la portée qui décrit comment les modèles de navigation ont été utilisés pour aider les personnes mal logées.</li> <li>■ Il décrit les obstacles et les facteurs facilitant la mise en œuvre des modèles de navigation.</li> <li>■ Examen de la portée décrivant la prestation de services de navigation dans le domaine des soins primaires.</li> </ul>
<p>Entité2. Leçons apprises sur la navigation des services de santé en français [Internet]. Welland (Ont.) : Entité2; 2019. Accessible sur le site Web : <a href="http://www.entitesante2.ca/sante-en-francais/wp-content/uploads/2019/11/E2-LECONS-APPRISES-SUR-LA-NAVIGATION-DES-SERVICES-DE-SANTE-EN-FRANCAIS-FINAL.pdf">http://www.entitesante2.ca/sante-en-francais/wp-content/uploads/2019/11/E2-LECONS-APPRISES-SUR-LA-NAVIGATION-DES-SERVICES-DE-SANTE-EN-FRANCAIS-FINAL.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rapport décrivant comment le soutien à la navigation peut améliorer l'accès aux services de soins sociaux et de santé pour la population francophone de l'Ontario.</li> <li>■ Il décrit les conditions nécessaires à l'établissement de services de navigation.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Funk LM. Une responsabilité publique : l'accès aux soins ne devrait pas être une course à obstacles pour les aînés et leurs proches aidants [Internet]. Montréal (Québec) : Institut de recherche en politiques publiques; 2019. Accessible sur le site Web : <a href="https://cnpea.ca/images/irpp_study_no_73_fr.pdf">https://cnpea.ca/images/irpp_study_no_73_fr.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'étude propose des orientations politiques pour atténuer les problèmes que rencontrent les personnes âgées et les soignants dans la gestion des soins.</li> </ul>
<p>Inquest into the death of Bradley Chapman. Verdict of Coroner's Jury [Internet]. Bureau du coroner en chef. [lieu inconnu] : Ministère du Solliciteur général (Ontario); 2018. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf">https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Présente les recommandations du jury à la suite d'une enquête du coroner sur un décès par surdose d'opiacés.</li> <li>■ Recommande de fournir un soutien à la navigation aux personnes incarcérées ayant des besoins complexes afin de garantir une transition sûre entre les établissements correctionnels et la collectivité.</li> </ul>
<p>Peart A, Lewis V, Brown T, et coll. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. <i>BMJ Open</i> [Internet]. Mars 2018;8(3):e019252. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019252">https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019252</a></p> <p>Rankin A, Baumann A, Downey B, et coll. The role of the Indigenous patient navigator: a scoping review. <i>Can J Nurs Res</i> [Internet]. Juillet 2022;54(2):199-210. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08445621211066765">http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08445621211066765</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Étude exploratoire décrivant comment le soutien à la navigation a été utilisée pour faciliter l'accès aux soins primaires.</li> <li>■ Examen de la portée sur le rôle des intervenants pivot autochtones au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande.</li> </ul>
<p>RISE: Rapid-Improvement Support and Exchange. RISE brief 6: population health management [Internet]. Hamilton (Ont.) : RISE; [dernière mise à jour le 12 février 2020]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/oh-t-forum/4_rise_rb6_population-health-management.pdf?sfvrsn=8be657d5_3">https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/oh-t-forum/4_rise_rb6_population-health-management.pdf?sfvrsn=8be657d5_3</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressource de Rapid-Improvement Support and Exchange (RISE) qui fournit un soutien à l'apprentissage et à l'amélioration rapides par les ESO.</li> <li>■ Le document décrit la pyramide des risques de la population qui peut être utilisée pour diviser une population en groupes à risque élevé, moyen et faible en fonction de la complexité de leurs besoins en matière de soins de santé et de services sociaux et de leurs besoins en matière de coordination des soins.</li> </ul>

## RECOMMANDATION 5.2 :

Le comité d'experts suggère que des travailleurs pairs ayant une expérience concrète offrent un soutien aux personnes ayant des besoins en matière de santé mentale qui sont confrontées à une transition dans les soins.

**Force de la recommandation :** Conditionnelle

**Degré de certitude des données sur les effets :** Très faible

## Discussion sur les données probantes :

### Avantages et inconvénients

Les travailleurs pairs ayant une expérience concrète (ci-après dénommés « travailleurs pairs ») sont des prestataires non réglementés qui ont vécu des expériences similaires à celles de leurs pairs (par exemple, un problème de santé mentale ou une maladie mentale) et qui sont formés pour soutenir les autres dans leur parcours en assurant une présence constante et en leur apportant un soutien émotionnel et pratique (14). Ce type de soutien, qui se produit entre deux personnes partageant une expérience commune, est appelé « soutien par les pairs » (14). Les études incluses portaient sur le soutien par les pairs fournis aux personnes après une transition d'un hôpital de santé mentale (101,102) ou sur le soutien par les pairs fournis aux personnes après une transition d'une équipe de résolution de crise en santé mentale (c.-à-d. une équipe qui fournit un traitement intensif à domicile après une crise en santé mentale) (95). Dans ces études, le comparateur était l'absence de soutien par les pairs ou les soins habituels.

Les types de soutien apporté par les travailleurs pairs varient d'une étude à l'autre. Le soutien comprenait l'évaluation des besoins avant une transition (101), la mise en relation des personnes avec des soutiens et des ressources communautaires (101,102), le partage de stratégies d'adaptation (95) et l'aide apportée aux personnes pour qu'elles remplissent un cahier de travail personnel sur le rétablissement (95). Pour plus de détails sur le soutien apporté par les travailleurs pairs, veuillez vous référer aux « Conseils de mise en œuvre » ci-dessous.

Les données suggèrent que le soutien par les pairs peut améliorer la satisfaction des patients et la qualité de vie des personnes ayant des besoins en matière de santé mentale qui sont confrontées à une transition des soins, mais les données sont très incertaines (95,101,102). Une étude a fait état d'une amélioration de la qualité de vie autodéclarée dans les domaines de la « situation de vie », ayant un effet important, et des « relations sociales », ayant un effet faible à moyen, après l'intervention (101). Deux études ont fait état d'une amélioration de la satisfaction après que des personnes ayant des besoins en matière de santé mentale ont bénéficié d'un soutien par les pairs (95,102). La revue systématique n'a révélé aucune étude évaluant l'effet des travailleurs pairs pendant les transitions de soins sur les résultats suivants : visites aux urgences (dans les 30 jours suivant une transition de soins), visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé, ou taux de réadmission (dans les 30 jours suivant une transition de soins).

Aucun méfait lié au soutien par les pairs n'a été signalé dans la documentation. Dans une étude où le soutien par les pairs a été fourni à des adultes en transition d'une équipe de résolution de crise de santé mentale, les événements indésirables (réadmission à l'hôpital, tentative de suicide, tentative de meurtre et décès) ont été évalués indépendamment par un comité directeur, et aucun n'a été jugé comme étant lié à l'étude (95).

Le degré de certitude des données est très faible en raison des limites inhérentes aux méthodes utilisées pour mener les études individuelles et au petit nombre de participants.

Pour en savoir plus sur les effets du soutien par les pairs sur les résultats prioritaires pendant la transition dans les soins, veuillez voir les [profils des données](#).

### Valeurs et préférences

Les données indiquent que les personnes ont apprécié le soutien reçu pendant la transition des soins; elles ont noté que l'expérience concrète des travailleurs pairs ajoutait de la crédibilité, les aidait à se sentir comprises et leur donnait de l'espoir pour l'avenir (101,102). Dans une étude, les personnes ont décrit les travailleurs pairs comme des modèles à suivre pendant une période de transition vulnérable, et ils ont apprécié la façon dont les travailleurs pairs les ont mis en contact avec des ressources communautaires et leur ont offert un soutien pratique (102). Dans une autre étude, des personnes ont déclaré se sentir moins anxieuses et mieux comprendre le processus de rétablissement après avoir reçu le soutien d'un travailleur pair (101). Les travailleurs pairs ont contribué à faire le lien entre les services hospitaliers et ambulatoires et ont aidé les personnes à se sentir moins isolées lors de la transition de l'hôpital à la communauté, où il y a moins de soutien social en place. Dans cette étude, le soutien a été fourni pendant six semaines, et certains participants auraient souhaité que le soutien soit offert plus longtemps (101).

### Équité dans l'accès aux soins

Une étude a indiqué qu'il fallait du temps et des ressources pour former et superviser les travailleurs pairs (95). Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires sur l'incidence du soutien par les pairs sur l'équité en matière de santé pendant les transitions dans les soins.

### Conclusions du comité d'experts

Les travailleurs pairs peuvent apporter un soutien aux personnes ayant des besoins en santé mentale lors d'une transition de soins, notamment en augmentant la satisfaction des patients et en améliorant leur qualité de vie. Aucun méfait n'a été défini dans les études incluses. Toutefois, le degré de certitude est très faible. En outre, aucune des études n'a évalué l'effet des travailleurs pairs pendant les transitions de soins sur les résultats suivants : visites aux urgences (dans les 30 jours suivant une transition de soins), visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé, ou taux de réadmission (dans les 30 jours suivant une transition de soins). Les participants aux études ont hautement apprécié le soutien des travailleurs pairs.

Le comité d'experts a également noté que les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale apprécieraient ce soutien, car personne ne sait mieux naviguer dans le système de santé que les personnes qui ont elles-mêmes traversé le système. Toutefois, le comité d'experts a noté que toutes les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale ne souhaitent pas nécessairement recevoir le soutien d'un travailleur pair. Par conséquent, sur la base des bénéfices et des inconvénients rapportés dans les données probantes, des valeurs et des préférences rapportées par les personnes dans la documentation, et de la très faible certitude des données, le comité d'experts a déterminé que la force de cette recommandation était conditionnelle.

### Conseils de mise en œuvre

#### Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

- Bien que les données probantes se soient concentrées sur les travailleurs pairs apportant un soutien aux personnes après avoir quitté un hôpital de santé mentale, cette recommandation s'applique aux transitions entre tous les environnements afin de garantir que le soutien est offert (et fourni) aux personnes ayant des besoins de santé mentale, quel que soit le type de transition.

- Bien que les données soient spécifiques aux personnes ayant des besoins en matière de santé mentale, les personnes ayant d'autres besoins en matière de santé peuvent également bénéficier du soutien des pairs pendant les transitions dans les soins. Veuillez consulter le **tableau 10** (à la page 80) pour en savoir davantage sur les lacunes de la recherche et les conséquences futures.
- Les personnes doivent avoir la possibilité de choisir si elles souhaitent bénéficier du soutien d'un travailleur pair lors d'une transition dans la prise en charge.
- Les travailleurs pairs doivent répondre à des qualifications spécifiques et posséder les compétences et aptitudes appropriées pour fournir un soutien par les pairs. Cela inclut la nécessité d'avoir une représentation appropriée pour aborder l'intersectionnalité. Voir « Ressources justificatives » pour une description des compétences des travailleurs pairs et des lignes directrices en matière de formation, ainsi que pour des renseignements sur la certification des travailleurs pairs.
- Les travailleurs pairs doivent également comprendre l'importance de la confidentialité et du respect de la vie privée, ainsi que les conséquences en cas d'infraction.
- Bien que les données probantes se soient concentrées sur le soutien par les pairs fournis sur une période de six semaines à quatre mois, les personnes vivant avec une maladie mentale peuvent bénéficier d'un soutien par les pairs à long terme au cours de leur transition dans le continuum de soins.
- Les membres de l'équipe interprofessionnelle doivent accorder une grande importance à la contribution des travailleurs pairs, car ils ont souvent une meilleure compréhension des expériences de la personne en transition. Les travailleurs pairs, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, doivent être appréciés de la même manière par l'organisation.
- Il est important de noter que la valeur du soutien par les pairs dépendra de l'état de préparation de la personne à la transition des soins.

**Tableau 9 : Conseils de mise en œuvre tirés des données probantes**

COMPOSANTES DES ÉTUDES	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<b>Type de transition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dans deux études, des travailleurs pairs ont apporté leur soutien à des adultes en transition entre des hôpitaux de santé mentale et des environnements communautaires (101,102).</li> <li>■ Dans une étude, les personnes passaient des équipes de résolution des crises de santé mentale à la communauté (95). Les équipes de résolution des crises fournissent un traitement intensif à domicile lors d'une crise de santé mentale et visent à offrir une option alternative aux personnes qui, autrement, devraient être hospitalisées en psychiatrie.</li> </ul>
<b>Échéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le délai d'intervention allait de six semaines (101,102) à quatre mois (95). Plus précisément, un soutien a été apporté :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>□ de six à huit semaines après le congé de l'hôpital (102);</li> <li>□ sur une période de plus de six semaines (commençant deux semaines avant la transition de l'hôpital et se poursuivant jusqu'à quatre semaines après la transition), à raison d'une fois par semaine (généralement deux heures par séance) (101);</li> <li>□ sur une période de plus de quatre mois, au cours de 10 séances d'une heure (95).</li> </ul> </li> </ul>



COMPOSANTES DES ÉTUDES	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
<b>Modalité de soutien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le soutien par les pairs a été fourni en personne dans deux études (95,101).</li> <li>■ Dans une des études, une combinaison de contacts en présentiel et par téléphone a été offerte (102).</li> </ul>
<b>Type de soutien fourni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les types de soutien suivants ont été apportés par les travailleurs pairs :           <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Évaluation des besoins avant une transition (101).</li> <li>□ Mise en relation des personnes avec les soutiens et les ressources communautaires (101,102).</li> <li>□ Offre d'une écoute bienveillante et transmission de stratégies et de compétences d'adaptation (95).</li> <li>□ Aide aux personnes à remplir un cahier de travail personnel de rétablissement. Il s'agissait notamment de fixer des objectifs personnels de rétablissement, d'élaborer des plans pour rétablir un réseau de soutien, de définir les signes précurseurs, de formuler un plan d'action pour éviter les rechutes et de déterminer des stratégies pour promouvoir le bien-être (95).</li> <li>□ Don d'un panier contenant des articles nécessaires/désirés (par exemple, des produits de première nécessité, des coupons, des accessoires de bien-être et des calendriers) (101).</li> <li>□ Apport d'un soutien pratique et émotionnel (102).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualifications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tous les travailleurs pairs avaient déjà vécus des épisodes de maladie mentale et étaient passés par l'étape du rétablissement (95,101,102).</li> <li>■ Dans une des études, les travailleurs pairs ont reçu une formation axée sur les capacités d'écoute, la sensibilisation culturelle, la divulgation de soi et la confidentialité (95). Ils ont également été supervisés par des cliniciens une fois toutes les deux semaines et ont bénéficié du soutien d'un pair expérimenté.</li> </ul>

### Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<b>RESSOURCES POUR LES PERSONNES ET LEUR RÉSEAU DE SOUTIEN</b>	
Buddy up. Dans : Centre pour la prévention du suicide. [En ligne]. [lieu inconnu] : Centre pour la prévention du suicide; [date connue]. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.buddyup.ca/?lang=fr">https://www.buddyup.ca/?lang=fr</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une campagne de communication sur la prévention du suicide pour les hommes et par les hommes.</li> <li>■ Elle comprend des outils et des ressources pour permettre des conversations authentiques entre les hommes et leurs pairs.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Tissez des liens avec une communauté qui est là pour vous soutenir. Dans : Espace mieux-être Canada [Internet]. [lieu inconnu] : Espace mieux-être Canada; 2022. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.wellnesstogether.ca/fr-ca/service/creation-de-liens">https://www.wellnesstogether.ca/fr-ca/service/creation-de-liens</a></p> <p>Obtenez de l'aide. Dans : Parlons suicide Canada [Internet]. [lieu inconnu] : Parlons suicide Canada; 2023. Accessible sur le site Web : <a href="https://parlonssuicide.ca/">https://parlonssuicide.ca/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un accès à de nombreuses communautés de soutien par les pairs pour la santé mentale et la toxicomanie.</li> <li>■ Une liste de ressources pour les personnes qui songent au suicide, y compris des connexions (par téléphone et par SMS) avec des intervenants en cas de crise.</li> </ul>
<p>Commission de la santé mentale du Canada. Trousse d'outils pour les personnes qui ont été touchées par une tentative de suicide [Internet]. Toronto (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada, 2018. Accessible sur le site Web : <a href="https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2018/05/Trousse-doutils-pour-les-personnes-qui-ont-ete-touchees-par-une-tentative-de-suicide.pdf">https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2018/05/Trousse-doutils-pour-les-personnes-qui-ont-ete-touchees-par-une-tentative-de-suicide.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La trousse présente un résumé des ressources et des outils destinés aux personnes qui ont fait une tentative de suicide et à celles qui ont perdu quelqu'un par suicide.</li> <li>■ Les pages 5 et 6 décrivent spécifiquement les groupes de soutien par les pairs (c'est-à-dire qui sont les travailleurs de soutien par les pairs et leur rôle), ainsi que les endroits où l'on peut les trouver.</li> </ul>
<p>Bienvenue à la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être. Dans : Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être [Internet]. [lieu inconnu] : Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être; 2022. Accessible sur le site Web : <a href="https://www.espoirpourlemieuxetre.ca/">https://www.espoirpourlemieuxetre.ca/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un service d'assistance téléphonique à la disposition de tous les peuples autochtones du Canada, qui propose des services par téléphone et par clavardage en anglais, en français, en cri, en ojibway et en inuktitut.</li> </ul>
RESSOURCES POUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SOINS DE SANTÉ	
<p>Canadian Mental Health Association North and West Vancouver (CMHA NWV). Reenergizing wellness: a resource for peer-led wellness programs in Indigenous communities [Internet]. North Vancouver (C.-B.) : CMHA NWV; 2021. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://northwestvancouver.cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2021/05/ReenergizingWellness-TrainingManual-May2021.pdf">https://northwestvancouver.cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2021/05/ReenergizingWellness-TrainingManual-May2021.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manuel de formation de l'Association canadienne pour la santé mentale qui met en évidence les nouvelles définitions du soutien par les pairs qui sont enracinées dans la culture.</li> <li>■ Il fournit un cadre pour créer ou développer le travail des pairs qui existe déjà dans les milieux communautaires.</li> </ul>

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation [Internet]. Calgary (Alb.) : CSMC; 2013. Accessible sur le site Web : <a href="https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Lignes-directrices-relatives-au-soutien-par-les-pairs-Pratique-et-formation.pdf">https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Lignes-directrices-relatives-au-soutien-par-les-pairs-Pratique-et-formation.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ligne directrice de formation élaborée par des travailleurs pairs à travers le Canada.</li> <li>■ Elle décrit les valeurs fondamentales, les compétences et les aptitudes requises pour les travailleurs pairs et sert de base à la certification du soutien par les pairs.</li> </ul>
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 30 nov. 2016 Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng53">https://www.nice.org.uk/guidance/ng53</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ligne directrice de la National Institute for Health and Care Excellence.</li> <li>■ Contient deux recommandations relatives au soutien par les pairs lors des transitions dans les soins (1. 5.13 et 1.5.14).</li> </ul>
<p>Peer Support Accreditation and Certification (Canada) (PSACC). National certification handbook [Internet]. Version 3. [lieu inconnu] : PSACC; 2016. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Certification_Handbook_v3-ENG.pdf">https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Certification_Handbook_v3-ENG.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manuel d'accréditation et de certification en soutien par les pairs du Canada qui décrit l'expérience, les compétences et les connaissances qui constituent les normes de pratique et le processus de certification en soutien par les pairs.</li> </ul>
<p>Peer Support Canada. Peer supporter competencies [Internet]. Toronto (Ont.) : Peer Support Canada; [date inconnue]. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Peer_Supporter_Competencies-ENG.pdf">https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Peer_Supporter_Competencies-ENG.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressource par Peer Support Canada qui décrit les compétences et les aptitudes dont doit faire preuve un travailleur pair.</li> </ul>
<p>Phillips K, Harrison J, Jabalee C. A toolkit for implementing and supporting successful peer staff roles in mainstream mental health and addiction organizations [Internet]. Kitchener (Ont.) : Centre for Excellence in Peer Support, Association canadienne pour la santé mentale Waterloo Wellington; 2019. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://peerrecoverynow.org/wp-content/uploads/Supervising-Peer-Workers-Toolkit-CMHA-WW-2019.pdf">https://peerrecoverynow.org/wp-content/uploads/Supervising-Peer-Workers-Toolkit-CMHA-WW-2019.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Boîte à outils du Centre for excellence in Peer Support qui fournit des conseils sur la mise en œuvre du rôle du travailleur pair.</li> </ul>

# Lacunes dans la recherche et conséquences futures

Le comité d'experts et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont cerné des domaines prioritaires pour les recherches futures (présentés dans le **tableau 10**). La recherche dans ces domaines permettrait de recueillir de nouvelles données probantes, qui à leur tour aideraient à offrir des soins équitables de haute qualité pour les personnes confrontées à des transitions dans les soins. La liste n'est pas exhaustive, et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

**Tableau 10 : Domaines de recherche prioritaires par question de recommandation**

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p><b>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</b></p> <p><b>Le soutien d'un intervenant pivot devrait-il être recommandé ou non pour les personnes confrontées à une transition dans les soins?</b></p> <p><b>Résultats :</b> Qualité de vie des patients, visites aux urgences (dans les 30 jours suivant la transition des soins), visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé, satisfaction des patients et taux de réadmission (dans les 30 jours suivant la transition des soins)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Études définissant les composantes essentielles du soutien à la navigation et le type de soutien à apporter du point de vue des personnes en situation de transition des soins.</li> <li>■ Les études se sont concentrées sur le soutien à la navigation pendant les transitions dans les soins pour les populations pédiatriques et leur réseau de soutien.</li> <li>■ L'incidence du soutien par les pairs pendant plus de quatre mois après une transition des soins sur les résultats pour les personnes ayant des besoins en matière de santé mentale.</li> <li>■ L'incidence du soutien par les pairs pendant les transitions de soins sur les visites aux urgences (dans les 30 jours suivant une transition de soins), les visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé et les taux de réadmission (dans les 30 jours suivant une transition de soins).</li> <li>■ L'incidence du soutien par les pairs lors des transitions dans les soins pour les personnes souffrant de problèmes de santé physique.</li> <li>■ La valeur du soutien par les pairs lors des transitions dans les soins pour les soignants et les membres du réseau de soutien d'une personne.</li> </ul>
<p><b>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :</b></p> <p><b>Faut-il recommander ou non une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour soutenir les personnes en transition de soins?</b></p> <p><b>Résultats :</b> Visite de suivi avec un prestataire de services sociaux et de soins de santé, visites aux urgences (dans les 30 jours suivant la transition des soins), qualité de vie du patient, satisfaction du patient, taux de réadmission (dans les 30 jours suivant la transition des soins)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'incidence d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle lors des transitions de soins sur la qualité de vie et la satisfaction des patients.</li> <li>■ L'incidence d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour les personnes qui passent d'un environnement communautaire à un autre (par exemple, soins primaires, réadaptation ambulatoire, SLD et soins à domicile).</li> <li>■ La recherche s'est concentrée sur les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles pour les enfants et leur réseau de soutien.</li> </ul>

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p><b>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :</b></p> <p><b>L'accès des prestataires de services sociaux et de soins de santé aux dossiers médicaux électroniques partagés doit-il être recommandé ou non lors des transitions de soins?</b></p> <p><b>Résultats :</b> Méfaits liés aux médicaments, satisfaction des prestataires de services sociaux et de soins de santé, visite de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux et de soins de santé, satisfaction des patients</p> <p><i>* Cette question n'a donné lieu à aucune recommandation. Pour plus de renseignements, voir l'annexe C.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les études se sont concentrées sur les systèmes en place qui permettent aux prestataires de services sociaux et de soins de santé d'accéder à des dossiers médicaux électroniques partagés lors des transitions de soins, et sur l'incidence sur les méfaits liés aux médicaments, la satisfaction des prestataires de services sociaux et de soins de santé, et la satisfaction des patients.</li> </ul>

Tableau 11 : Autres domaines de recherche prioritaires définis par le comité d'experts

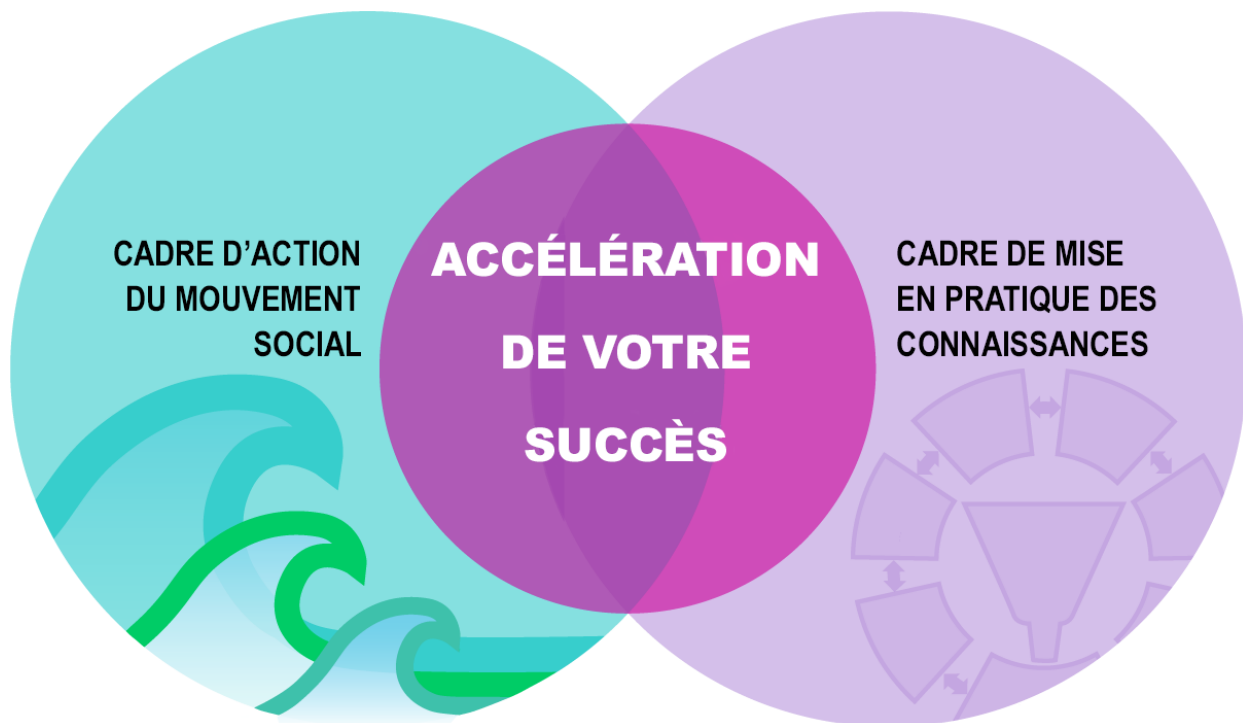
CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<b>Paramètres et secteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment les prestataires de services sociaux et de soins de santé dans les soins primaires, les soins à domicile et les structures communautaires peuvent soutenir au mieux les personnes lors des transitions dans les soins. (La documentation de recherche se concentre principalement sur les transitions vers et depuis le milieu hospitalier. Les recherches futures devraient également se concentrer sur les transitions vers et depuis d'autres environnements et secteurs.)</li> <li>Comment les systèmes de soins intégrés peuvent favoriser les transitions dans les soins.</li> </ul>
<b>Populations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les études se sont concentrées sur les populations pédiatriques pendant les transitions dans les soins.</li> </ul>

## Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et l'accès aux LDPE pour faire changer les pratiques : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (114). La *Trousse pour la conduite du changement* (élaborée par l'AIIAO, en partenariat avec l'Excellence en santé Canada) fournit des processus fondés sur des données probantes à cet égard (voir l'**annexe M**) (4).

La *Trousse pour la conduite du changement* utilise deux cadres complémentaires pour guider l'adoption et la durabilité des données probantes (voir la **figure 1**). Elles peuvent être utilisées ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

**Figure 2 : La Trousse pour la conduite du changement : Deux cadres complémentaires pour accélérer votre réussite**



Reproduit de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). *Trousse pour la conduite du changement* [Internet]. 3<sup>e</sup> édition. Toronto (Ontario) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web : [RNAO.ca/leading-change-toolkit \(en anglais\)](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)

Le cadre d'action du mouvement social (1,2) est descriptif et définit les éléments déterminants **de mouvement social pour l'adoption et la durabilité des connaissances**<sup>G</sup>. Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune) dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, en caractéristiques clés et en résultats, sont dynamiques et interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le cadre de mise en pratique des connaissances utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour guider systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (p. ex., une LDPE) au contexte local et à la mise en œuvre. Ce cadre suggère de cerner et d'utiliser des outils ou produits de connaissances (comme les lignes directrices) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances aux contextes locaux.

La *Trousse pour la conduite du changement* repose sur des données émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales selon lesquelles les chances d'adoption réussie et de la durabilité des pratiques exemplaires en soins de santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif mené par des agents de changement et des équipes de changement.
- Les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou d'une urgence d'action.
- Les intervenants sont déterminés et impliqués tout au long de la mise en œuvre pour s'engager dans une action individuelle et collective.
- La réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée.
- Les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les obstacles.
- L'utilisation de la LDPE est surveillée et maintenue.
- L'évaluation des répercussions de la LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints.
- Il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de la mise en œuvre et de la durabilité de la LDPE.
- La LDPE est étendue, élargie ou approfondie, dans la mesure du possible, afin d'élargir son influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

L'AIIAO s'engage à la diffusion, à la mise en œuvre et à la durabilité à grande échelle de nos LDPE. Nous utilisons une approche systématique en déployant diverses stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO<sup>MD</sup> de l'AIIAO, qui alimente la capacité des agents du changement à encourager la sensibilisation, l'engagement et l'adoption des LDPE. Les champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO sont des personnes et des organisations qui se passionnent pour la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes et qui mobilisent d'autres personnes afin qu'ensemble, elles améliorent les soins et la santé. Les champions sont du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé de tous les rôles et de tous les secteurs de la santé, des étudiants, des défenseurs, des personnes ayant une expérience concrète ainsi que des soignants.
2. Les ordonnances des LDPE<sup>MC</sup> de l'AIIAO, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques. Les ordonnances des LDPE peuvent être facilement intégrées à des dossiers électroniques et également consultées sur des supports physiques (papier ou hybrides). Dans le secteur des SLD, les ordonnances des LDPE ont évolué vers les cheminement cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup> avec le soutien d'infirmières et d'infirmiers qui ont une grande expertise dans ce domaine. Les cheminement cliniques de l'AIIAO ont été intégrés dans un système de dossiers médicaux électroniques couramment utilisé et tous les foyers de SLD canadiens et internationaux y ont accès.
3. La désignation d'OVPE<sup>MD</sup> appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur la mise en œuvre du changement de la pratique.

Vous trouverez des informations sur nos stratégies de mise en œuvre aux emplacements suivants :

- Le réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO<sup>MD</sup> : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions);
- Ordonnances des LDPE<sup>MC</sup> de l'AIIAO : [RNAO.ca/ehealth/bpgordersets](https://rnao.ca/ehealth/bpgordersets);
- Les OVPE de l'AIIAO<sup>MD</sup> : [RNAO.ca/bpg/bpso](https://rnao.ca/bpg/bpso)
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events).
- Cheminement cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup> : [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)



## Annexe A : Glossaire

**Approche fondée sur les points forts :** Les approches fondées sur les points forts se concentrent sur la définition et le soutien des différentes forces, motivations et façons de penser et de se comporter, ainsi que sur les facteurs de protection – au sein de la personne ou de l'environnement – qui soutiennent les personnes dans leur cheminement vers la santé et le bien-être (138).

**Approche interprofessionnelle et intersectorielle :** Il s'agit d'une approche collaborative dans laquelle deux ou plusieurs prestataires de services sociaux ou de santé de différentes disciplines et de différents secteurs travaillent ensemble de manière formelle pour s'assurer que les personnes et leur réseau de soutien bénéficient d'une transition sûre en matière de soins. Par exemple, les prestataires de SLD peuvent collaborer avec les prestataires en milieu hospitalier pour coordonner les soins d'une personne qui passe du SLD à l'hôpital.

**Autochtone :** Introduit et utilisé dans un contexte mondial à la suite des efforts internationaux déployés par les peuples autochtones pour obtenir une plus grande présence au sein des Nations unies (ONU). Les Nations unies définissent globalement les populations autochtones comme des peuples établis de longue date et liés à des territoires spécifiques, qui pratiquent des traditions uniques et conservent des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques distinctes de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils résident (127). Selon la définition des Nations unies, le terme Autochtone recouvre généralement les éléments suivants : auto-identification au niveau individuel et acceptation par une collectivité autochtone en tant que membre; continuité historique avec les sociétés précoloniales ou antérieures à l'arrivée des colons; liens étroits avec les territoires et les ressources naturelles environnantes; systèmes sociaux, économiques ou politiques distincts; langue, culture et croyances distinctes. Les peuples autochtones forment des groupes non dominants au sein de la société et décident de maintenir et de reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et collectivités distincts (127).

La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il s'agit de trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques (128).

**Autogestion :** Ce terme est souvent associé à l'autosoins et comprend un ensemble d'activités que les personnes entreprennent pour bien vivre en ayant une ou plusieurs maladies chroniques (135).

**Bilan comparatif des médicaments :** Un processus formel dans lequel les prestataires de soins de santé travaillent ensemble et avec les personnes et leur réseau de soutien pour s'assurer que des informations précises et complètes sur les médicaments sont communiquées de manière cohérente au cours d'une transition dans les soins. Le bilan comparatif des médicaments nécessite une revue systématique et complète de tous les médicaments pris par une personne (connu sous le nom de « meilleur schéma thérapeutique possible ») afin de s'assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou supprimés sont soigneusement évalués. Il s'agit d'une composante de la gestion des médicaments qui informera les prescripteurs et leur permettra de prendre les décisions de prescription les plus appropriées pour la personne (115).

Voir « *Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)* »

**Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes :** Un tableau qui aide les comités d'experts à prendre des décisions lorsqu'ils doivent formuler des recommandations après avoir examiné des données. L'objectif d'un cadre pour une prise de décision éclairée par des données probantes est de faire une synthèse des données de recherche, de mettre en évidence les facteurs importants qui peuvent influencer sur la recommandation, d'informer les membres du comité d'experts des avantages et des inconvénients de chaque intervention examinée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (19).

**Centré sur la personne :** Une approche de soins où la personne est considérée comme un tout. Le processus qui permet de bien connaître la personne est encouragé par la formation d'une relation thérapeutique entre la personne, ses proches et les prestataires de services sociaux et de soins de santé. Cette approche de soins comporte la défense des intérêts, l'habilitation, le respect mutuel et le fait de comprendre que la personne a le droit d'être autonome et de participer librement et activement aux décisions concernant sa santé (dans la maladie comme dans le bien-être) (131).

**Chemineurs cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup> :** Les itinéraires cliniques de l'AIIAO sont une version numérisée des LDPE de l'AIIAO qui peuvent être intégrés dans un système de dossiers médicaux électroniques afin de promouvoir des soins fondés sur des données probantes, et centrés sur la personne et la famille.

**Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [GRADE]) :** (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation]). Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (19).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. Le degré de cohérence d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre.
3. Le degré d'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue le degré d'applicabilité des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. Le degré de biais de publication, que l'on détermine en évaluant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (19).

**Compétence informationnelle en santé :** La capacité d'une personne à obtenir et à traduire des connaissances et des informations afin de maintenir et d'améliorer la santé d'une manière adaptée à l'individu et au contexte du système. La compétence informationnelle en santé englobe trois grands éléments : (1) la connaissance de la santé, des soins de santé et des systèmes de santé; (2) le traitement et l'utilisation d'informations sous diverses formes en rapport avec la santé et les soins de santé; et (3) la capacité à maintenir la santé par l'autogestion et le travail en partenariat avec les prestataires de soins de santé (125).

**Comportements réactifs :** Il s'agit de mots, d'actions ou de gestes présentés par des personnes atteintes de démence ou d'autres maladies neurologiques en réponse à quelque chose de frustrant, de déroutant ou d'important dans leur environnement social ou physique (134).

**Continuité des soins :** La continuité des soins concerne la qualité de la transition dans les soins. Il s'agit de la mesure dans laquelle les soins sont bien coordonnés et connectés lorsque les personnes se déplacent d'un endroit à l'autre et à travers le système de santé (118).

**Déclassement :** Dans le cadre de GRADE, lorsque les insuffisances des différentes études risquent de biaiser les résultats, la certitude des données probantes diminue (122). À titre d'exemple, un ensemble de données quantitatives pour un résultat prioritaire peut être considéré au départ comme ayant un degré de certitude élevé, puis être déclassé d'un ou deux degrés en raison de limitations importantes au regard d'un ou de plusieurs des cinq critères de classement (122).

**Déterminants sociaux de la santé :** Les déterminants sociaux de la santé sont des « facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé ». Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et les systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques (136).

**Diagramme d'énoncés de rapport préférés des revues systématiques et des méta-analyses (PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) :** Un diagramme qui décrit le flux d'informations à travers les différentes phases d'une revue systématique. Il indique le nombre d'articles identifiés, inclus et exclus (132).

**Domicile :** Lieu de résidence habituel d'une personne. Il peut s'agir d'une résidence personnelle, d'un établissement d'aide à la vie autonome, d'une maison de soins de longue durée, d'un hospice ou d'un refuge (25).

**Dossier médical électronique :** Un dossier médical électronique est un enregistrement numérique sécurisé, privé et permanent de l'historique de la santé et des soins d'une personne, qui permet aux prestataires de services sociaux et de soins de santé autorisés d'accéder en temps réel aux informations médicales pertinentes (124). L'accès aux dossiers médicaux électroniques partagés fait référence aux prestataires de services sociaux et de soins de santé autorisés dans différents organismes et secteurs qui ont un accès commun au dossier de santé électronique d'une personne afin de rationaliser la communication et de coordonner les soins.

**Énoncé de pratique exemplaire :** Les énoncés de pratique exemplaire s'adressent principalement au personnel infirmier et aux équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes et à leur réseau de soutien tout au long du continuum de soins, y compris (mais sans s'y limiter) : soins primaires; soins à domicile et de proximité; soins de courte durée et SLD.

Les énoncés de pratique exemplaire sont des énoncés réalisables qui devraient être mis en pratique (16). Ces énoncés sont considérés comme étant si bénéfiques qu'un résumé des preuves serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du comité d'experts (16). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'option autre que l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (16,17). Étant donné le niveau élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de pratique exemplaire l'emportent sur les inconvénients, elles ne sont pas fondées sur une revue systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur solidité (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (18). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien qu'elles puissent être étayées par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (16). En tant que tels, les énoncés de pratique exemplaire doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car elles reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (16).

**Équipe interprofessionnelle :** Une équipe composée de plusieurs prestataires de services sociaux et soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins sociaux et de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (13). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les enfants et les adultes et leur réseau de soutien pendant les transitions de soins sont, entre autres, les suivants : le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et le personnel paramédical. Il est important de souligner que les personnes et leur réseau de soutien qui sont confrontées à une transition des soins sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

**Essai contrôlé randomisé (ECR) :** Expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe témoin (aucune intervention ou administration de placebo) (130).

**Étude non randomisée :** Une étude quantitative estimant l'efficacité d'une intervention, où les personnes sont réparties entre différentes interventions en utilisant des méthodes qui ne sont pas aléatoires (130).

**Infirmière/infirmier/personnel infirmier :** Désigne les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières exerçant des fonctions de pratique avancée, tels que les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées (10).

**Intervenant pivot :** Un prestataire de services sociaux ou de soins de la santé qui fournit un soutien à la navigation lors d'une transition des soins sur une période prolongée (par exemple, pendant 30 jours ou six mois). Dans cette LDPE, le terme « intervenant pivot » est utilisé comme un terme générique pour tous les prestataires de services sociaux ou de soins de la santé ayant des rôles différents et qui fournissent un soutien à la navigation à ce titre pendant une transition des soins, y compris les prestataires réglementés et non réglementés (par exemple, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les travailleurs pairs ayant une expérience concrète, les facilitateurs de transition et les intervenants pivot).

*Voir Soutien à la navigation*

**Intervenant :** Personne, groupe ou organisme qui ont un intérêt particulier dans les décisions et les activités des organisations et qui pourraient tenter d'influencer leurs décisions et leurs actions (137). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés directement ou indirectement par un changement ou une solution à un problème.

**Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) :** Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes. Elles fournissent des recommandations pour le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants et les responsables de l'élaboration des politiques, les personnes concernées et leur famille. Elles portent sur des sujets cliniques précis et visent la création d'un environnement de travail sain. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les communautés et le système de santé soient les meilleurs possible (116).

**Méfais liés aux médicaments :** Préjudices subis par une personne à la suite d'une exposition à un médicament, qui peuvent être évitables (par exemple, en raison d'une erreur de médication) ou non évitables (par exemple, une réaction indésirable à un médicament) (88).

**Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) :** Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est un schéma thérapeutique obtenu par un prestataire de soins de santé à l'aide : (1) d'un processus systématique d'entretien avec la personne ou son réseau de soutien; et (2) d'un examen d'au moins une autre source d'information fiable afin d'obtenir et de vérifier toutes les prises régulières de médicaments. Le MSTP comprend le nom du médicament, la dose, la voie d'administration et la fréquence de tous les médicaments (prescrits ou non) qu'une personne prend actuellement. Le MSTP est un portrait de la consommation réelle de médicaments de la personne, qui peut être différente de ce qui est inscrit dans son dossier (115).

**Mouvement social pour l'adoption et la durabilité des connaissances :** Personnes, groupes ou organismes qui, en tant qu'agents de changement volontaires et intrinsèquement motivés, se mobilisent pour transformer les résultats en matière de santé (2).

**Objectif quadruple :** Un cadre internationalement reconnu pour la prestation de soins de santé qui s'articule autour de quatre objectifs primordiaux : (1) l'amélioration de l'expérience des personnes recevant des soins; (2) l'amélioration de l'expérience des prestataires de services sociaux et de soins de santé; (3) l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes recevant des soins; et (4) la réduction des coûts des soins de santé (45).

**Objectifs de développement durable (ODD) :** Les objectifs de développement durable (ODD) ont été adoptés par les Nations unies en 2015 en tant qu'appel universel et urgent à l'action pour mettre fin à la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte que tous les peuples jouissent de la paix et de la prospérité d'ici à 2030 (46).

**Organisation vedette des pratiques exemplaires<sup>MD</sup> de l'équipe Santé Ontario (OVPE ESO) :** Les équipes de santé de l'Ontario (ESO) sont des groupes de prestataires et d'organisations responsables de la prestation d'un continuum de soins complet et coordonné à une population attribuée en Ontario, au Canada (9). Le modèle d'organisation vedette en pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE) pour les ESO offre un programme sur mesure pour développer et diffuser les LDPE de l'AIIAO au sein de systèmes de soins intégrés. Le modèle OVPE ESO aide les ESO à faire progresser les quatre éléments de l'objectif quadruple et les objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies en s'attaquant à la santé de la population, en soutenant les populations mal desservies et en promouvant l'équité en matière de santé. Les OVPE ESO sont activement soutenues par l'AIIAO pour mettre en œuvre systématiquement des LDPE fondées sur des données probantes en mobilisant les équipes vers leurs objectifs collectifs et en évaluant les résultats. Le programme OVPE ESO s'inscrit dans le cadre des ESO, et les produits livrables du programme sont conçus pour faire progresser les objectifs des ESO.

**Organisations de santé et de services sociaux :** Dans cette LDPE, les organisations de santé et de services sociaux font référence à tous les lieux où une personne, ainsi que son réseau de soutien, reçoit des soins ou des services au cours d'une transition des soins.

Les organisations de services de santé sont des organisations qui fournissent des services de soins de santé à des collectivités ou des populations définies. Il s'agit notamment d'équipes de santé familiale, d'organisations de soins à domicile ainsi que des hôpitaux.

Les organisations de services sociaux sont des organisations qui aident les personnes à résoudre des problèmes sociaux, y compris (mais sans s'y limiter) le logement, la violence domestique et la toxicomanie.

**Personne ayant une expérience concrète :** Les membres de la communauté qui ont une expérience et une connaissance directes du sujet en tant que personne, soignant non rémunéré ou défenseur. Les personnes ayant une expérience concrète constituent un groupe diversifié qui possède un éventail d'antécédents et d'expériences.

**Personne** : Une personne avec laquelle un prestataire de services sociaux ou de soins de la santé a établi une relation thérapeutique aux fins de partenariat pour la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident » qui sont utilisés dans les organisations de services sociaux et de soins de santé (131).

**Plan de transition** : Un plan adapté aux besoins d'une personne et conçu pour faciliter la transition des soins. Il est créé par l'équipe interprofessionnelle en partenariat avec la personne et son réseau de soutien, et décrit la coordination des soins et le soutien requis pendant et après la transition des soins.

**Populations mal et insuffisamment desservies** : Les populations mal desservies peuvent inclure les Autochtones, les personnes qui ne parlent aucune des langues officielles du Canada, les personnes ayant une orientation sexuelle différente, les immigrants, les réfugiés, les populations ethniquement ou racialement diverses, les personnes handicapées, les sans-abri, les travailleurs du sexe et les personnes à faible revenu. L'expression « insuffisamment desservie » signifie qu'il existe une probabilité accrue que les personnes appartenant à une certaine population (les personnes peuvent appartenir à plusieurs d'entre elles) éprouvent des difficultés à obtenir les soins nécessaires, reçoivent moins de soins ou des soins de moindre qualité, soient traitées différemment par les prestataires de soins ou reçoivent un traitement qui ne répond pas à leurs besoins, ou qu'elles soient moins satisfaites des services de santé que l'ensemble de la population (140).

**Pratique fondée sur les données probantes** : L'intégration des données probantes de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle intègre les données de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (123).

**Prestataires de services sociaux et de soins de santé** : Désigne à la fois les prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés (personnel infirmier, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et personnel paramédical) et non réglementés (aides-soignants, travailleurs pairs ayant une expérience concrète) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

**Prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés** : La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) régit la réglementation des professions de santé en Ontario afin de protéger le public. Elle définit le champ d'application et les actes contrôlés ou autorisés spécifiques à la profession que chaque professionnel réglementé est autorisé à accomplir lorsqu'il fournit des soins et des services de santé (10). La réglementation applicable aux travailleurs sociaux et aux professionnels des services sociaux est décrite dans la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social* (11). Dans cette LDPE, le personnel infirmier, les médecins, les ergothérapeutes et les pharmaciens sont des exemples de prestataires de soins de santé réglementés, et les travailleurs sociaux sont des exemples de prestataires de services sociaux réglementés.

**Prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés** : Ce prestataire assure de diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés n'ont la permission que d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (12).



**Question de recherche sur la PICR (population, intervention, comparaisons, résultats) :** Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude.
2. L'intervention à examiner.
3. L'intervention alternative ou de comparaison.
4. Les résultats qui présentent un intérêt (19).

**Question de recommandation :** Un domaine de recherche prioritaire (portant sur la pratique, l'élaboration de politiques ou l'éducation) cerné par les membres du comité d'experts et nécessitant un examen de données probantes. Une question de recommandation peut également servir à clarifier un sujet qui prête à ambiguïté ou à controverse. Une question de recommandation est à la base de la question de recherche, qui à son tour guide la revue systématique de la documentation.

**Recherche quantitative :** Une approche de la recherche qui étudie les phénomènes en utilisant des outils qui produisent des mesures statistiques ou des données numériques (133).

**Recommandations relatives à la formation :** Recommandation d'approches à adopter pour offrir des formations au sein des organismes de services de santé et des établissements d'enseignement, et ce dans le but de soutenir la pratique fondée sur des données probantes. Les recommandations relatives à la formation se fondent sur une analyse des recommandations pédagogiques de plusieurs LDPE sur divers sujets cliniques et pour différentes populations. Les recommandations relatives à la formation peuvent s'appliquer à toutes les LDPE de nature clinique et être adaptées au contexte des organismes de services de santé et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations de pratiques cliniques.

**Recommandation :** Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de « questions de recherche sur la PICR »). Une recommandation, qui est basée sur une revue systématique de la documentation, est faite en tenant compte des points suivants : (a) les avantages et les inconvénients; (b) les valeurs et les préférences; et (c) l'équité dans l'accès aux soins. Le comité d'experts décide par consensus si une recommandation est *forte* ou *conditionnelle*.

Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (19).

**Réseau de soutien :** Les personnes identifiées par une personne comme étant importantes dans sa vie. Le réseau peut inclure des personnes qui ont un lien de parenté ou un lien émotionnel ou juridique avec le patient ou qui ont des liens étroits avec lui, comme un ami, un conjoint, ainsi qu'une personne avec qui le patient cohabite, est en relation intime ou partage la responsabilité d'élever des enfants (15). Dans le cadre de cette LDPE, ce terme inclut la famille, les amis et les soignants qui apportent leur soutien lors d'une transition des soins.

**Résultats :** Une variable dépendante, ou bien l'état clinique ou fonctionnel d'un patient ou d'une population que l'on utilise pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : (a) déterminants pour la prise de décision; (b) importants sans être déterminants; (c) sans importance. Ces résultats permettent de mieux cibler la recherche d'études et la revue systématique de la documentation (19).



**Revue systématique :** Un examen approfondi de la documentation qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (130).

*Voir méta-analyse*

**Science de mise en œuvre :** Définie comme « l'étude scientifique des méthodes de promotion de l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur les données probantes dans la pratique routinière, et, par conséquent, visant à améliorer la qualité et l'efficacité des services de la santé et des soins. » (126).

**Soignant :** « Un membre de la famille, un ami ou une personne de son choix qui prodigue des soins non rémunérés à une personne qui a besoin de soins en raison d'un handicap, d'une affection physique, neurologique ou mentale, d'une maladie chronique, d'une fragilité ou de l'âge » (117). Les soignants sont souvent des membres clés du réseau de soutien d'une personne.

**Soins culturellement sûrs :** La prestation de soins culturellement sûrs cherche à fournir un engagement respectueux qui reconnaît et vise à corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé (119). Les soins culturellement sûrs ont pour but de créer et maintenir un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé. Les personnes, les familles et les collectivités autochtones devraient pouvoir faire part de leurs points de vue, poser des questions et voir leurs croyances, leurs comportements et leurs valeurs respectés par les prestataires de services sociaux et de soins de santé (119).

**Sommaire du congé :** Sommaire de ce qui s'est passé pendant le séjour médical d'une personne dans un hôpital, un centre de réadaptation ou un autre établissement de soins de santé (120). Le sommaire comprend souvent le diagnostic médical de la personne, les résultats des tests et les résultats des tests en attente, les changements apportés aux traitements ou aux médicaments (y compris les raisons) et les besoins en matière de suivi. Le sommaire du congé est un moyen de communiquer le plan de transition d'une personne aux prestataires de l'établissement vers lequel la personne est en transition (121). Des sommaires du congé rédigés en langage clair peuvent également être créés pour les personnes ainsi que leur réseau de soutien afin de leur fournir des renseignements importants, tels que les changements de médicaments et les rendez-vous de suivi.

**Soutien à la navigation :** Il s'agit d'un soutien individualisé et coordonné fourni par des prestataires de services sociaux ou de soins de santé afin d'aider les personnes et leur réseau de soutien à surmonter les difficultés rencontrées dans le système de soins sociaux et de santé lors des transitions des soins. Dans le cadre de cette LDPE, le soutien à la navigation implique un suivi régulier par un prestataire de services sociaux ou de soins de santé qui s'occupe des besoins individuels de la personne et la met en relation avec les services et soutiens adéquats. Il peut s'agir de fournir aux personnes les informations et les ressources dont elles ont besoin pour atteindre leurs objectifs de soins, de les mettre en relation avec d'autres prestataires de services sociaux et de soins de santé, d'aider à réduire les obstacles qui empêchent les personnes d'accéder à des soins en temps opportun, de fournir un soutien social et émotionnel et d'améliorer l'accès à des soins culturellement sûrs.

**Systèmes de soins intégrés :** Services organisés entre les secteurs et les frontières organisationnelles afin que les personnes recevant des soins bénéficient de services coordonnés et complets au bon moment, par le bon prestataire et au bon endroit (129).

**Tenant compte des traumatismes :** Les approches tenant compte des traumatismes sont fondées sur la prise en considération que beaucoup de gens accédant à des services de santé et des services sociaux ont vécu des traumatismes. Les approches tenant compte des traumatismes ne sont pas axées sur le traitement des traumatismes; elles sont plutôt appliquées pour veiller à ce que les personnes ne soient pas davantage traumatisées lorsqu'elles accèdent aux soins et aux services. Les approches tenant compte des traumatismes sont fondées sur des principes de sécurité, de confiance, de collaboration et de choix, d'autonomisation, ainsi que de consolidation des forces et des compétences (139).

**Transition dans les soins :** Moment important de la prestation de soins de santé au cours duquel les informations et les besoins de soins d'une personne sont transférés entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, les équipes interprofessionnelles et les établissements (8). Une transition dans les soins a lieu lorsqu'une personne passe d'une structure ou d'un secteur où des soins ou des services sont fournis à une autre structure ou à un autre secteur, y compris (mais sans s'y limiter) : les soins primaires, les soins à domicile et de proximité, les structures de santé mentale et de toxicomanie, les soins de courte durée, la réadaptation, les SLD, les établissements pénitentiaires et les centres d'hébergement. Il s'agit par exemple des transitions entre le domicile et le SLD, ou entre l'hôpital et l'hospice. Une transition peut également se produire au sein d'une même organisation, par exemple lorsqu'une personne passe d'une unité de soins intensifs à un service général dans un hôpital. Au cours de son parcours de soins, une personne peut également connaître de multiples transitions, comme le passage de l'hôpital à un centre de réadaptation, puis à son domicile. Bien que le terme « transition dans les soins » soit utilisé tout au long de cette LDPE, le titre de la ligne directrice reflète la façon dont une transition peut se produire entre tous les lieux où des soins ou des services sont fournis.

**Travailleur pair ayant une expérience concrète :** Une personne qui a vécu des expériences similaires à celles de ses pairs, comme un problème de santé mentale ou une maladie, et qui est formée pour aider les autres dans leur parcours en leur apportant un soutien pratique et émotionnel (14). Dans ce guide, les travailleurs pairs ayant une expérience concrète sont également appelés « travailleurs pairs ». Ces travailleurs pairs sont non réglementés.

**Visite de suivi avec un prestataire de services sociaux ou de soins de santé :** Désigne le fait de se rendre à un rendez-vous de soins ambulatoires pour évaluer l'état de santé d'une personne à la suite d'une transition dans les soins.

## Annexe B : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires et ressources de l’AIIAO connexes à la présente ligne directrice

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO) ainsi que des ressources d’autres organisations qui se rapportent à la présente LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
<b>Promouvoir l’équité dans l’accès au soins pour les membres de la communauté LGBTQI2</b>	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Promouvoir l’équité dans l’accès au soins pour les membres de la communauté LGBTQI2 [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity">RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity</a>
<b>Approche de soins palliatifs durant les douze derniers mois de la vie</b>	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Approche de soins palliatifs durant les douze derniers mois de la vie [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2020. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life">RNAO.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life</a>
<b>Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources</b>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Trousse pour la conduite du changement. [En ligne]. 3e édition. Toronto (Ontario) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://rnao.ca/leading-change-toolkit">RNAO.ca/leading-change-toolkit</a></p> <p>The National Implementation Research Network’s Active Implementation Hub. Get Started [En ligne]. [lieu inconnu] : AI Hub; c2013–2018. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="http://implementation.fpg.unc.edu/">http://implementation.fpg.unc.edu/</a></p> <p>Institut canadien pour la sécurité des patients. La trousse d’information dans le cadre de travail de l’amélioration de la qualité [Internet]. [lieu inconnu]: des soins de santé plus sécuritaires maintenant!; août 2015. Accessible sur la page Web : <a href="https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/improvementframework/pages/default.aspx">https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/improvementframework/pages/default.aspx</a></p> <p>Helping navigate dissemination and implementation models. Dans : The Dissemination and Implementation Models in Health Research and Practice Webtool [Internet]. Denver (CO) : Université du Colorado Denver; c2014-2023. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://dissemination-implementation.org/">https://dissemination-implementation.org/</a></p>

SUJET	RESSOURCE(S)
<p><b>Collaboration interprofessionnelle</b></p>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l’organisme et le système [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2013. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustaining_15_FR_LR_0.pdf">https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustaining_15_FR_LR_0.pdf</a></p>
<p><b>Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille</b></p>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2015. Accessible sur le site Web : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care">https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</a></p>
<p><b>Déterminants sociaux de la santé</b></p>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Déterminants sociaux de la santé [Internet]. Toronto (Ont.) Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (2013). Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <a href="https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/rnao_sdh_brochure_2013.pdf">RNAO.CA/SITES/RNAO-CA/FILES/RNAO_SDH_BROCHURE_2013.PDF</a></p>



# Annexe C : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

La présente annexe donne un aperçu du processus et des méthodes d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO. L'AIIAO est inébranlable dans son engagement à ce que chaque LDPE soit établie en se fondant sur les données les plus probantes dont elle dispose. La méthode de Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [GRADE]) a été mise en œuvre pour fournir un cadre rigoureux et répondre aux normes internationales en matière d'élaboration de lignes directrices.

## Définition du champ d'application de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Le champ d'application détermine ce qu'une ligne directrice de l'AIIAO couvre et ce qu'elle ne couvre pas (voir **Objet et champ d'application** à la page 6). Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

1. **Une revue des précédentes LDPE.** La LDPE de l'AIIAO sur les *transitions de soins* (5) a été examinée afin d'éclairer l'objectif et la portée de cette dernière.
2. **Une analyse environnementale des lignes directrices.** Deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont parcouru des sites Web figurant sur une liste préétablie à la recherche de lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre janvier 2012 et janvier 2020. Le but de l'analyse environnementale des lignes directrices était de prendre connaissance des lignes directrices existantes sur la transition dans les soins afin de relever des possibilités d'élaborer l'objet et le champ d'application de la présente LDPE. Une liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratiques fondées sur des données probantes et sur les recommandations formulées dans la documentation. Les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont été invités à suggérer des lignes directrices supplémentaires (voir le Diagramme d'énoncés de rapport préférés des revues systématiques et des méta-analyses [**Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses**] [PRISMA]<sup>G</sup> [PRISMA] [en ligne](#)). Pour des renseignements plus détaillés, veuillez consulter la [stratégie de recherche de lignes directrices existantes](#) qui comprend la liste des sites Web recherchés et les critères d'inclusion utilisés.

Le contenu, l'applicabilité à la pratique des soins infirmiers, l'accessibilité et la qualité des lignes directrices ont fait l'objet d'un examen. Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont évalué quatre lignes directrices internationales au moyen de l'outil AGREE II (141). Les lignes directrices ayant obtenu un score global de 6 ou 7 (sur une échelle de Likert de 7 points) ont été considérées comme étant de grande qualité et par conséquent considérées pour le GRADE-ADOLPMENT (142). Cette approche fournit un cadre méthodologique pour adopter ou adapter des recommandations fiables à partir des lignes directrices existantes (142). Cependant, le comité d'experts n'a pas déterminé de recommandations prioritaires issues des lignes directrices existantes à adopter ou à adapter pour cette LDPE.

Les lignes directrices suivantes ont été évaluées comme indiqué :

- Association canadienne des centres de santé pédiatriques (ACCSP). A guideline for transition from paediatric to adult health care for youth with special health care needs: a national approach [Internet]. [lieu inconnu] : ACCSP; juin 2016. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : [https://www.childhealthbc.ca/sites/default/files/caphc\\_transition\\_to\\_adult\\_health\\_care\\_guideline\\_may\\_2017.pdf](https://www.childhealthbc.ca/sites/default/files/caphc_transition_to_adult_health_care_guideline_may_2017.pdf)
  - Score : 3 sur 7.
  - Cette ligne directrice n'a pas été intégrée à la présente LDPE.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 1<sup>er</sup> déc 2015. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>

- Score : 6 sur 7.
    - Cette ligne directrice a servi de ressource justificative.
  - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 30 nov. 2016 Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>
    - Score : 6 sur 7.
    - Cette ligne directrice a servi de ressource justificative.
  - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 24 nov. 2016 Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
    - Score : 6 sur 7.
    - Cette ligne directrice n'a pas été utilisée dans le cadre de cette LDPE, car elle se concentre sur les transitions entre les services pédiatriques et les services pour adultes.
3. **Une analyse environnementale des normes.** Deux méthodologistes chargés de l'élaboration de la ligne directrice ont également recherché les normes publiées au Canada entre janvier 2012 et janvier 2020 afin de mieux comprendre les normes existantes sur les transitions dans les soins et d'établir leur portée. Le contenu, l'applicabilité à la pratique des soins infirmiers et l'accessibilité des normes ont fait l'objet d'un examen. Les normes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité. Les normes suivantes ont été évaluées comme indiqué :
- Qualité des services de santé Ontario Transitions entre l'hôpital et la maison : soins aux personnes de tous âges [Internet]. Toronto (Ont.) : Normes de qualité QSSO; 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf>
    - Le contenu de cette norme a été utilisé dans le contexte et le glossaire de cette LDPE, ainsi que comme ressource complémentaire.
  - Organisation de normes en santé (HSO). Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes [Internet]. Ottawa (Ont.) : HSO; 2021. Accessible sur le site Web : <https://healthstandards.org/fr/standard/systemes-de-sante-integres-centres-sur-les-personnes/>
    - Le contenu de cette norme a été utilisé dans le glossaire de cette LDPE.
    - Cette norme n'est pas en libre accès; des frais s'appliquent pour la consulter.
4. **Une revue de la documentation.** Une revue de la documentation a été entreprise pour déterminer les interventions et les résultats liés aux transitions dans les soins qui ont été étudiés dans la documentation. Deux méthodologistes chargés de l'élaboration de la ligne directrice ont fait des recherches sur la documentation publiée entre 2012 et 2020. Les conclusions communes à toutes les études ont été résumées et communiquées au comité d'experts lors des réunions de planification initiales.
5. **Entretiens virtuels avec des personnes-ressources.** Vingt-six de ces entretiens ont été menés avec des experts dans le domaine – notamment des personnes ayant une expérience concrète, des prestataires de services sociaux et de soins de santé directs, ainsi que des chercheurs – pour comprendre les besoins des membres de l'équipe interprofessionnelle et des personnes ayant une expérience concrète pendant la transition dans les soins.
6. **Séances virtuelles de discussion en groupe.** Une séance a été organisée avec neuf représentants de quatre OVPE ESO afin de comprendre les besoins du personnel infirmier, des membres de l'équipe interprofessionnelle de santé et des personnes ayant une expérience concrète au sein des systèmes de soins intégrés.

## Réunions du comité d'experts

L'AIIAO vise à assurer que la composition d'un comité d'experts est diversifiée, conformément à son énoncé d'organisation sur la diversité et l'inclusion, lequel fait partie de la mission et des valeurs de l'AIIAO (143). L'AIIAO souhaite également que les personnes concernées par les recommandations des LDPE, en particulier les personnes ayant une expérience concrète, soient invitées à faire partie du comité d'experts.

L'AIIAO utilise différentes méthodes pour trouver et sélectionner les membres d'un comité d'experts, elles incluent le fait de :

- parcourir la documentation pour trouver des chercheurs dans le domaine concerné;
- recueillir des recommandations lors d'entretiens avec des personnes-ressources;
- s'appuyer sur des réseaux professionnels établis, tels que les groupes d'intérêt de l'AIIAO, le Réseau des champions des pratiques exemplaires<sup>MD</sup> et les organisations vedettes des pratiques exemplaires<sup>MD</sup>; et
- contacter d'autres associations de personnel infirmier et de prestataires de soins de santé et de services sociaux, des associations ou organisations techniques pertinentes et des organismes de défense des intérêts.

Aux fins de cette LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a réuni des experts du domaine de la pratique des soins infirmiers, de la recherche, de l'enseignement et de la politique, ainsi que d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle représentant un éventail de secteurs et de domaines de pratique. Le comité d'experts comprenait également des représentants de différentes zones géographiques, y compris des zones rurales, urbaines et internationales (voir le

**Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO** à la page 135).

Le comité d'experts a dirigé les activités suivantes :

- L'élaboration et l'approbation de l'objet et du champ d'application de la présente LDPE;
- La formulation des questions de recommandation et des résultats visés par la présente LDPE;
- La participation à un processus d'élaboration en vue de finaliser les énoncés de recommandations;
- La formulation d'une rétroaction sur l'ébauche de la présente LDPE;
- La participation à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation;
- La désignation des intervenants appropriés pour examiner l'ébauche de la ligne directrice avant sa publication.

En plus de ce qui précède, les coprésidents du comité d'experts ont également :

- participé à des réunions avec les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices et le coordinateur du projet d'élaboration de la ligne directrice;
- dirigé les réunions du comité d'experts;
- fourni des conseils approfondis sur des questions cliniques ou de recherche;
- supervisé le processus de vote.

## Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion du comité d'experts et avant leur



publication. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit limitant n'a été défini par les membres du comité d'experts. Veuillez consulter le [Résumé des déclarations de conflits d'intérêts](#) en ligne.

### Détermination des questions de recommandation et des résultats prioritaires

Les questions de l'AIIAO examinées dans le cadre de la revue systématique de la documentation sont formulées conformément aux questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats (PICR).

En mars et avril 2021, l'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts se sont réunis virtuellement trois fois pour déterminer les questions et les résultats prioritaires des recommandations figurant dans la présente LDPE. Les trois réunions comprenaient une réunion d'orientation et deux réunions de planification. Une liste exhaustive de questions de recommandation susceptibles d'être intégrées à la présente LDPE a été dressée lors de ces réunions. Cette liste a été inspirée par :

- l'analyse environnementale des lignes directrices;
- la revue de la documentation;
- les entretiens avec des informateurs clés et un groupe de discussion;
- l'enquête menée par le comité d'experts avant la première réunion de planification;
- la discussion du comité d'experts lors des réunions de planification.

Cette liste de questions de recommandation potentielles a été envoyée au comité d'experts dans le cadre d'une enquête en ligne confidentielle, après que le comité d'experts a eu l'occasion de discuter des domaines de recommandation lors de la première réunion de planification. Les membres du comité d'experts ont été invités à classer les questions de recommandations par ordre de priorité de la plus haute à la plus basse. Les résultats ont été présentés au comité d'experts lors de la deuxième réunion de planification. Les six premières questions de recommandation ont été considérées comme étant les questions de recommandation finales. Les coprésidents du comité d'experts n'ont pas participé au classement.

Après avoir classé les recommandations, le comité d'experts a déterminé que des revues systématiques seraient réalisées pour quatre des domaines de recommandation, et que les deux domaines de recommandation restants seraient mieux adaptés en tant qu'énoncés de pratiques exemplaires. Pour plus de détails, voir « Formulation des énoncés de pratiques exemplaires ».

Conformément aux normes GRADE relatives à l'évaluation et à la présentation des données probantes, le comité d'experts a réfléchi à des résultats potentiels pour chaque question de recommandation devant faire l'objet d'une revue systématique. La liste des résultats a été établie sur la base d'une revue de la documentation, d'entretiens avec des informateurs clés, d'un groupe de discussion et d'une discussion au sein d'un comité d'experts.

Il a été jugé possible d'avoir trois à cinq résultats par question de recommandation. Lors de la séance de remue-méninges de la deuxième réunion de planification, le comité d'experts a défini entre neuf et douze résultats potentiels par question de recommandation. L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO a ensuite consulté l'équipe d'évaluation et de suivi de l'AIIAO afin d'examiner de plus près tous les résultats. Au cours de la consultation, les facteurs suivants ont été pris en compte pour affiner les résultats : les résultats mesurables; les chevauchements entre les résultats; la cohérence des résultats entre les domaines de recommandation; et les résultats qui pourraient être saisis par d'autres moyens (par exemple, les conseils de mise en œuvre ou les valeurs et préférences associées à chaque domaine de recommandation). Après ce processus de revue interne, l'équipe a réduit la liste initiale et modifié certains résultats.

À l'issue du processus de revue interne, le comité d'experts a reçu une enquête confidentielle en ligne afin d'évaluer l'importance relative de chaque résultat (par question de recommandation). Les coprésidents du comité d'experts n'ont pas participé à l'évaluation de l'importance relative des résultats. L'équipe de recherche et de développement des recommandations de l'AIIO a ensuite révisé les résultats et calculé les trois à cinq résultats les plus critiques et les plus importants par question de recommandation. Le comité d'experts a été informé par courriel de la liste finale des résultats classés par ordre de priorité pour chaque question de la recommandation.

Les six questions de recommandation et leurs questions de recherche sur la PICR respectives sont présentées ci-dessous.

**Question de recommandation n° 1 :** Le soutien d'un intervenant pivot devrait-il être recommandé ou non pour les personnes confrontées à une transition dans les soins?

**Question de recherche sur la PICR n° 1 :**

**Population :** Populations adultes et pédiatriques vivant une transition de soins.

**Intervention :** Soutien d'un intervenant pivot.

**Comparaison :** Aucun soutien de la part d'un intervenant pivot.

**Résultats :** Qualité de vie des patients, visites aux urgences (dans les 30 jours suivant la transition des soins), visites de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé, satisfaction des patients et taux de réadmission (dans les 30 jours suivant la transition des soins).

**Question de recommandation n° 2 :** Faut-il recommander ou non une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle pour soutenir les personnes confrontées à une transition des soins?

**Question de recherche sur la PICR n° 2 :**

**Population :** Populations adultes et pédiatriques vivant une transition de soins.

**Intervention :** Une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle.

**Comparaison :** Aucune approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle.

**Résultats :** Visite de suivi avec un prestataire de services sociaux et de soins de santé, visites aux urgences (dans les 30 jours suivant la transition des soins), qualité de vie du patient\*, satisfaction du patient\* et taux de réadmission (dans les 30 jours suivant la transition des soins).

\* En ce qui concerne la deuxième question de recommandation, les résultats « qualité de vie du patient » et « satisfaction du patient » n'ont pas été trouvés dans la documentation. Ils ont donc été mesurés à l'aide d'une enquête d'observation systématique réalisée par le comité d'experts. Voir « Mises à jour des questions et des résultats de recommandation » pour plus de détails.

**Question de recommandation n° 3 :** La réalisation d'une évaluation centrée sur la personne doit-elle être recommandée ou non pour les personnes confrontées à une transition des soins?

Le comité d'experts a d'abord réfléchi à des résultats pour cette question afin de réaliser une revue systématique. Toutefois, après une discussion plus approfondie, le comité d'experts a estimé qu'il s'agissait d'un domaine de pratiques exemplaires.

**Question de recommandation n° 4 :** La réalisation d'un examen de l'historique des médicaments doit-elle être recommandée ou non pour les personnes confrontées à une transition de soins?

Le comité d'experts a estimé qu'il s'agissait d'un domaine de pratiques exemplaires. Par conséquent, aucun résultat n'a été sélectionné et aucune revue systématique n'a été réalisée.

**Question de recommandation n° 5 :** L'accès des prestataires de services sociaux et de soins de santé aux dossiers médicaux électroniques partagés doit-il être recommandé ou non lors des transitions de soins?

**Question de recherche sur la PICR n° 5 :**

**Population :** Les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les personnes en transition de soins.

**Intervention :** Accès aux dossiers médicaux électroniques partagés pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé.

**Comparaison :** Aucun accès aux dossiers médicaux électroniques partagés pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé.

**Résultats :** Méfaits liés aux médicaments\*, satisfaction des prestataires de services sociaux et de soins de santé\*, visite de suivi avec un prestataire de services sociaux et de soins de santé, satisfaction du patient\*.

\* En ce qui concerne la question 5 de la recommandation, les résultats « méfaits liés aux médicaments », « satisfaction des prestataires de services sociaux et de soins de santé » et « satisfaction des patients » ont été mesurés à l'aide d'une enquête de revue systématique complétée par le comité d'experts. Voir « Mises à jour des questions et des résultats de recommandation » pour plus de détails.

**Question de recommandation n° 6 :** La collaboration interprofessionnelle au sein des établissements doit-elle être recommandée ou non pour les personnes confrontées à une transition dans les soins?

Le comité d'experts a estimé qu'il s'agissait d'un domaine de pratiques exemplaires. Par conséquent, aucun résultat n'a été sélectionné et aucune revue systématique n'a été réalisée.

### Mises à jour des questions et des résultats de recommandation

Des revues systématiques ont été réalisées pour les **questions de recommandation 1, 2, 3 et 5**. Les **questions de recommandation 4 et 6** n'ont pas fait l'objet d'une revue systématique, car elles ont été considérées comme des pratiques exemplaires par le comité d'experts au début du processus d'élaboration de la LDPE.

Concernant la **question de recommandation 2**, les résultats « qualité de vie du patient » et « satisfaction du patient » n'ont pas été trouvés dans les données probantes. En l'absence de données probantes directes, GRADE suggère que des observations systématiques peuvent être recueillies auprès du comité d'experts (144). Une enquête en ligne a donc été conçue pour recueillir systématiquement les observations et les expériences du comité d'experts sur les approches interprofessionnelles et intersectorielles formelles utilisées pour soutenir les transitions dans les soins et l'incidence que ces approches ont eue sur la qualité de vie et la satisfaction des patients. Des questions ont également été posées sur les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences, ainsi que sur l'incidence de la mise en œuvre d'une approche interprofessionnelle et intersectorielle formelle sur l'équité en matière de santé. Treize membres du comité d'experts ont fourni des données d'observation basées sur leurs expériences. Les données de l'observation systématique ont été recueillies, ont fait l'objet d'une évaluation de qualité à l'aide de ROBINS-I et le degré de certitude des données probantes a été déterminé par les deux méthodologues chargés de l'élaboration de la ligne directrice. Les données ont été résumées dans la ligne directrice et les documents complémentaires. Ces résultats ont été considérés comme une lacune sur laquelle la recherche pourra éventuellement se pencher.

Bien qu'une revue systématique ait été réalisée à l'origine pour la **question de recommandation 3**, le comité d'experts a convenu par la suite que la réalisation d'une évaluation avant une transition dans les soins est un domaine de pratique établi et qu'il est plus approprié d'en faire un énoncé de pratique exemplaire selon les méthodes GRADE. Un énoncé de pratique exemplaire a donc été rédigé et un consensus s'est dégagé sur le fait qu'il s'agissait d'un domaine de pratique exemplaire. Pour plus de détails, voir « Formulation des énoncés de pratiques exemplaires ».

Concernant la **question de recommandation 5**, une seule étude a été définie qui incluait le résultat « visite de suivi auprès d'un prestataire de services sociaux et de soins de santé ». Les résultats « méfaits liés aux médicaments », « satisfaction des prestataires de services sociaux et de soins de santé » et « satisfaction des patients » n'ont pas été trouvés dans la documentation. C'est pourquoi une enquête en ligne a été conçue pour recueillir systématiquement les observations et les expériences du comité d'experts concernant l'accès aux dossiers médicaux électroniques partagés pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé et l'incidence sur les méfaits liés aux médicaments, la satisfaction des prestataires de services sociaux et de soins de santé et la satisfaction des patients. Des questions ont également été posées sur les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences, et l'incidence sur l'équité en matière de santé de l'accès aux dossiers médicaux électroniques partagés pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé. Douze membres du comité d'experts ont fourni des données d'observation basées sur leurs expériences. Les données de l'observation systématique ont été recueillies, ont fait l'objet d'une évaluation de qualité à l'aide de ROBINS-I et le degré de certitude des données probantes a été déterminé par les deux méthodologues chargés de l'élaboration de la ligne directrice. Les données ont été résumées dans des documents supplémentaires. Un énoncé de recommandation a été initialement rédigé pour cette question de recommandation sur la base d'une étude extraite de la revue systématique et des observations systématiques du comité d'experts. Compte tenu du peu de recherches disponibles pour répondre à cette question, le comité d'experts a toutefois décidé de ne pas donner suite à cette recommandation. Il faut mener davantage de recherches sur ce sujet.

### Formulation des énoncés de pratiques exemplaires

Le processus de détermination des énoncés de pratiques exemplaires a évolué tout au long du processus de développement de la LDPE, au fur et à mesure que de nouvelles directives GRADE devenaient accessibles. Les énoncés de pratiques exemplaires sont des déclarations qui peuvent être mises en pratique et dont les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients (16).

Au cours des deux premières réunions de planification, l'équipe de recherche et d'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIO a examiné la liste des six domaines de recommandations prioritaires et a présenté trois domaines potentiels de pratiques exemplaires sur lesquels le comité d'experts pourrait envisager de voter. Il s'agit notamment de l'évaluation, de l'examen des antécédents pharmaceutiques et de la collaboration interprofessionnelle au sein des établissements. Le comité d'experts a discuté de chacun de ces domaines et a décidé de procéder ou non à un sondage en direct pour confirmer qu'il s'agissait de domaines de pratiques exemplaires. Les coprésidents du comité d'experts n'ont pas participé au processus de vote; ils ont plutôt facilité la discussion et sont intervenus pour départager les participants, le cas échéant.

En ce qui concerne la recommandation potentielle sur la *réalisation d'une évaluation*, le comité d'experts a suggéré de procéder à une revue systématique; par conséquent, un sondage en direct n'a pas été réalisé pour déterminer s'il s'agissait d'un domaine de pratiques exemplaires. En ce qui concerne les pratiques exemplaires potentielles liées à l'*examen de l'historique des médicaments* et à la *collaboration interprofessionnelle au sein des établissements*, le comité d'experts a entamé une discussion et a procédé à un sondage en direct. Le comité d'experts a été invité à répondre à quatre questions :

1. Le message est-il vraiment pertinent par rapport à la pratique actuelle dans le domaine des soins de la santé? (Oui/Non/Incertain)
2. La mise en œuvre de l'énoncé de pratique exemplaire se traduira-t-elle par des avantages importants et des inconvénients très limités? (Oui/Non/Incertain)
3. Est-il nécessaire de procéder à une revue systématique des données pour ce domaine de pratique exemplaire? (Oui/Non/Incertain)
4. Ce domaine de pratique exemplaire s'appuie-t-il sur des données probantes claires et explicites? (Oui/Non/Incertain)

Pour que chaque question soit considérée comme un domaine de pratique exemplaire, il fallait un consensus de 70 % au sein du comité d'experts. Pour les deux domaines de recommandation, un consensus de 70 % n'a pas été atteint pour l'une des questions, de sorte que les coprésidents ont joué le rôle de modérateurs et ont pris la décision finale de poursuivre l'*examen de l'examen de l'historique des médicaments* et la *collaboration interprofessionnelle au sein des établissements* en tant que domaines de pratiques exemplaires.

Un énoncé de pratique exemplaire a été rédigé pour mettre l'accent sur la *collaboration interprofessionnelle au sein des établissements* afin d'élaborer un plan de transition. La collaboration interprofessionnelle au sein des établissements a été définie comme la collaboration, au sein d'un même établissement ou d'une même organisation, d'au moins deux prestataires de soins de santé ou de services sociaux de disciplines différentes en vue de coordonner les soins. Après une discussion plus approfondie, le groupe a estimé qu'il est de pratique exemplaire que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle (à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du cadre) collaborent à l'élaboration d'un plan de transition. Il a donc été décidé de supprimer la mention « dans les établissements » de l'énoncé de pratique exemplaire. Pour étayer cet énoncé de pratique exemplaire, une revue de la documentation d'une base de données a été réalisée afin de mener une recherche sur la documentation publiée entre 2016 et 2021. À mi-chemin du processus d'élaboration de la LDPE, le comité d'experts a défini un autre domaine de pratique exemplaire qui concerne l'importance de la collaboration des prestataires de services sociaux et de soins de santé avec les personnes et leur réseau de soutien avant, pendant et après les transitions dans les soins. Le comité d'experts a convenu que cet énoncé devrait être inclus dans la LDPE et que la collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien pendant les transitions dans les soins entraînerait des avantages clairs et aucun inconvénient. Un énoncé de pratique exemplaire sur ce sujet a donc été rédigé et un sondage en direct a été réalisé par le comité d'experts lors de la réunion d'élaboration des recommandations pour confirmer qu'il s'agissait d'un domaine de pratique exemplaire. À ce moment-là, le processus de détermination des énoncés de pratiques exemplaires avait évolué, car de nouvelles orientations GRADE étaient disponibles et les questions du sondage en direct avaient été révisées afin d'en améliorer la clarté. En outre, après discussion avec un consultant GRADE, il a été décidé que les coprésidents du comité d'experts n'agiraient plus en tant que modérateurs, mais qu'ils participeraient au sondage en direct.

Pour le domaine de pratiques exemplaires potentielles concernant la *collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien*, le comité d'experts a été invité à répondre à cinq questions (les questions 2a et 2b étant considérées comme un seul domaine) :

1. Le message est-il nécessaire à la communication? (Oui/Non)
- 2 a. Les données sont-elles difficiles à recueillir et à résumer? (Oui/Non)
- 2b. Cette action ne serait-elle pas contraire à l'éthique ou aux droits de la personne? (Oui/Non)
3. La mise en œuvre de l'action se traduirait-elle par des avantages importants et des inconvénients très limités? (Oui/Non)
4. L'action est-elle clairement justifiée? (Oui/Non)
5. Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles cet énoncé ne devrait pas être fait (par exemple, coûts élevés, énoncé inacceptable ou infaisable)? (Oui/Non)

Si un consensus de 70 % a été atteint pour l'une des deux parties de la question 2 (2a ou 2b), la question a été considérée comme réussie. Les cinq questions ont fait l'objet d'un consensus de 70 % au sein du comité d'experts. Par conséquent, la *collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien* a été considérée comme un domaine de pratique exemplaire.

Au cours des réunions d'élaboration des recommandations, la nécessité d'un énoncé de pratique exemplaire sur l'évaluation a également été réexaminée. Au cours de la discussion, le comité d'experts a déterminé que la réalisation d'une évaluation avant une transition dans les soins est un domaine essentiel de la pratique et qu'il serait illogique de ne pas procéder à une évaluation. Le comité d'experts a donc envisagé d'élaborer un énoncé de pratique exemplaire plutôt qu'une recommandation sur l'évaluation, et a procédé à un sondage en direct. Soixante-dix pour cent des membres du comité d'experts sont parvenus

à un consensus sur les cinq questions susmentionnées et la *réalisation d'une évaluation* a été considérée comme une pratique exemplaire.

Vers la fin du processus d'élaboration de la LDPE, le comité d'experts a discuté d'un énoncé de pratique exemplaire supplémentaire sur la *prestation des renseignements et d'aide aux personnes et à leur réseau de soutien afin de gérer leurs besoins pendant et après les transitions dans les soins*. Bien que la LDPE contienne une recommandation sur le soutien à la navigation pour les personnes ayant des besoins de soins complexes, le comité d'experts a estimé qu'il était nécessaire de faire savoir que toutes les personnes devraient recevoir des renseignements de base et un soutien pour faciliter une transition réussie. Malgré les avantages évidents d'un tel soutien, les personnes en transition n'en bénéficient pas toujours.

À ce moment-là, de nouvelles directives GRADE étaient disponibles sur la manière de déterminer les énoncés de pratiques exemplaires (17) et les questions ont été à nouveau révisées afin d'utiliser un langage plus clair. En discutant avec un consultant GRADE, il a été déterminé qu'un consensus sur chacune des cinq questions pouvait être atteint par une discussion avec le comité d'experts plutôt que par un vote formel.

Concernant le domaine de pratiques exemplaires potentielles concernant la *prestation des renseignements et d'aide aux personnes et à leur réseau de soutien afin de gérer leurs besoins pendant et après les transitions dans les soins*, le comité d'experts a été invité à répondre à cinq questions :

1. La collecte et le résumé des données probantes constituent-ils une piètre utilisation du temps et de l'énergie limités? (Oui/Non)
2. Le message est-il nécessaire à la communication? (Oui/Non)
3. La mise en œuvre de l'action se traduirait-elle par des avantages importants et des inconvénients très limités? (Oui/Non)
4. L'action est-elle clairement justifiée? (Oui/Non)
5. Cet énoncé est-il clair et réalisable? (Oui/Non)

Après discussion, le comité d'experts a déterminé que chacun des cinq critères avait été respecté, de sorte que ce domaine est également devenu un énoncé de pratique exemplaire.

### Collecte systématique de données

Les recommandations fortes et conditionnelles résultent d'une revue exhaustive et systématique de la documentation.

Aux fins de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et un bibliothécaire spécialisé en sciences de la santé ont élaboré une stratégie de recherche pour chacune des questions de recherche PICR susmentionnées. Ils ont effectué une recherche dans les bases de données ci-dessous pour trouver des études pertinentes publiées en anglais entre janvier 2016 et août 2021 : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emcare et PsycInfo.

Les membres du comité d'experts ont été invités à parcourir leurs bibliothèques personnelles à la recherche d'études pertinentes qui auraient pu échapper aux stratégies de recherche ci-dessus (voir les diagrammes [PRISMA](#)). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche pour les revues systématiques, notamment les critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi que les termes de recherche, sont accessibles [en ligne](#).

Les dates de recherche des revues systématiques ont été limitées aux cinq dernières années à compter de la date des réunions de planification initiales afin de recueillir les données les plus récentes (de janvier 2016 à juin 2021). Tous les modèles d'étude ont été inclus dans la recherche.



La pertinence et l'admissibilité des études ont été évaluées de manière indépendante par deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Tout désaccord a été résolu par consensus.

Le risque de biais dans la conception des études retenues a été évalué de manière indépendante à l'aide d'outils validés et fiables. Les **essais contrôlés randomisés**<sup>G</sup> ont été évalués à l'aide de l'outil Risk of Bias 2.0 (145), et les **études non randomisées**<sup>G</sup> ont été évaluées à l'aide de l'outil ROBINS-I (146). Les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices se sont concertés pour parvenir à un consensus sur tous les scores.

Aux fins de l'extraction des données, les études retenues ont été réparties à parts égales entre les méthodologues. Chaque méthodologue a extrait de l'information des études qui lui ont été assignées, et cette information a été examinée par l'autre méthodologue pour en vérifier l'exactitude.

En janvier 2023, le bibliothécaire des sciences de la santé a effectué une recherche actualisée des études de recherche pertinentes publiées en anglais entre juin 2021 et janvier 2023 qui répondaient aux questions de recherche 1 et 2. Cette recherche a été effectuée dans les bases de données suivantes : CINAHL et Medline. Le bibliothécaire a constaté qu'une nouvelle rubrique avait été créée, qui n'était pas disponible au moment de la recherche initiale en 2021. Cette rubrique a donc été ajoutée aux stratégies de recherche initiales pour les questions 1 et 2. Les résultats de six études ont été incorporés aux discussions sur les données probantes associées aux **recommandations 3.1** et **5.1**. Voir les diagrammes PRISMA [en ligne](#) pour les études incluses dans la recherche actualisée.

## Détermination de la certitude des données

### Degré de certitude des données

Le degré de certitude des données quantitatives (la mesure dans laquelle on peut être sûr que l'estimation d'un effet est correcte) est déterminé à l'aide des méthodes GRADE (19). On commence par évaluer le degré de certitude des données relatives à chaque résultat prioritaire des différentes études (c'est-à-dire pour l'ensemble de données), par recommandation (19). Ce processus débute par un examen du plan de chaque étude, puis des cinq facteurs suivants : le risque de biais, le degré d'incohérence, le degré d'imprécision, le degré d'applicabilité et le biais de publication. L'examen peut éventuellement se solder par le **déclassement**<sup>G</sup> du degré de certitude des données probantes pour chaque résultat. Voir le **tableau 12** pour une définition de chaque critère de certitude.

**Tableau 12 : Critères de certitude du système GRADE**

DEGRÉ GÉNÉRAL DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Risque de biais	Limitations dans le plan d'étude et dans l'exécution de l'étude qui peuvent biaiser ses résultats. L'évaluation du risque de biais se fait à l'aide d'outils d'évaluation de la qualité valides et fiables. Tout d'abord, on évalue le risque de biais de chaque étude, puis de l'ensemble des études pour chaque résultat défini.



<b>Incohérence</b>	Différences inexplicables (hétérogénéité) des résultats d'une étude à l'autre. L'incohérence est évaluée en explorant l'ampleur de la différence et les explications possibles dans la direction et l'importance des effets signalés dans les différentes études pour un résultat donné.
<b>Applicabilité</b>	Variabilité entre la question de recherche et d'examen et le contexte dans lequel les recommandations seraient appliquées (pertinence). Quatre facteurs du degré d'applicabilité sont évalués : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les différences quant à la population</li> <li>■ Les différences dans les interventions</li> <li>■ Les différences quant aux résultats mesurés</li> <li>■ Les différences quant aux comparateurs</li> </ul>
<b>Imprécision</b>	Degré d'incertitude quant à l'estimation d'un effet. L'imprécision concerne généralement la taille de l'échantillon et le nombre d'événements. Les études sont examinées en fonction de la taille de l'échantillon, du nombre d'événements et des intervalles de confiance.
<b>Biais de publication</b>	Publication sélective d'études en fonction de leurs résultats. Une forte suspicion de biais de publication peut donner lieu à un déclassement.

Source : Adapté avec l'autorisation de : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>.

Après l'examen initial de la possibilité de déclasser le degré de certitude des données quantitatives, on procède à l'évaluation de trois facteurs susceptibles d'accroître le degré de certitude des données pour les études non randomisées :

1. **L'ampleur de l'effet** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé pour aucun des critères autres que le risque de biais et que l'effet de l'intervention a été évalué comme ayant une grande ampleur, on peut envisager de le relever.
2. **Le gradient dose-réponse** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé pour aucun des critères autres que le risque de biais et qu'un gradient dose-réponse est présent, il est alors possible de le relever.
3. **L'effet d'une confusion plausible** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé pour aucun des critères autres que le risque de biais et que tous les facteurs de confusion résiduels entraînaient une sous-estimation de l'effet du traitement, il est alors possible de le relever (19).

Le système GRADE classe le degré de certitude global des données comme étant élevé, moyen, faible ou très faible. Voir le **tableau 13** pour les définitions de ces catégories.

Aux fins de la présente LDPE, les cinq critères de qualité du système de classement GRADE pouvant donner lieu à un déclassement du degré de certitude des données quantitatives et les trois critères de qualité pouvant donner lieu à une augmentation du degré de certitude des données ont été évalués de manière indépendante par les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Tout désaccord a été résolu par consensus. On a attribué un degré de certitude global

aux données recueillies pour chaque recommandation à la lumière de ces évaluations. L'évaluation du degré de certitude des données attribué à chaque recommandation était basée sur le degré de certitude des résultats prioritaires présentés dans les études qui ont servi à étayer la recommandation.

**Tableau 13 : Degré de certitude des données**

DEGRÉ GÉNÉRAL DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevée	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen, et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité que l'effet réel s'écarte sensiblement de l'effet prévu.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit avec l'autorisation de : The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et coll.*, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue], 2013 [cité le 31 août 2018].  
Tableau 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfivfhuxv4r>.

## Formuler des recommandations

### Synthèse des données

Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont analysé toutes les études relatives à chaque question de recommandation et ont rédigé des recommandations qui répondent aux questions en conséquence. Les deux méthodologues ont établi, pour chaque ébauche de recommandation, des profils de données classées selon le système GRADE. Les profils des données classées selon le système GRADE servent à appuyer la prise de décisions sur le degré de certitude des données et à présenter de l'information générale sur l'ensemble des données de recherche et sur les principaux résultats statistiques ou descriptifs (19).

Les profils des données pour l'ensemble des études quantitatives appuyaient les décisions prises par les deux méthodologues relativement aux cinq principaux critères de certitude selon le système de classement GRADE pouvant donner lieu au déclassement du degré de certitude quant à la population visée par les études, aux pays où les études ont été menées, aux principaux résultats et aux jugements transparents sur la certitude sous-jacente aux données pour chaque résultat (19). Pour cette LDPE, aucune **méta-analyse**<sup>G</sup> n'a été réalisée.

Pour plus de détails, veuillez consulter les profils de données GRADE pour chaque recommandation, organisé par résultat. Comme aucune recommandation n'a découlé de la question sur l'accès aux dossiers de santé électroniques partagés pour les

prestataires, ce profil de données probantes n'est pas répertorié sur le site Web de l'AIIAO. Pour plus de renseignements sur ce profil de données probantes, veuillez contacter l'AIIAO.

### Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes

Les **cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes**<sup>G</sup> présentent les recommandations proposées et résument les facteurs et les considérations nécessaires fondés sur les données disponibles et les jugements du comité d'experts pour formuler les énoncés de recommandation. Ces cadres sont utilisés pour assurer que tous les facteurs importants (le degré de certitude des données, les bénéfices et les inconvénients, les valeurs et les préférences et l'équité dans l'accès aux soins) requis pour formuler les énoncés de recommandation sont pris en compte par le comité d'experts (19). Ils intègrent à la fois des données quantitatives et qualitatives. Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont préparé ces cadres en se basant sur les données disponibles tirées de la revue systématique de la documentation.

Les cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes utilisés pour la présente LDPE comprenaient les éléments ci-dessous pour chaque ébauche d'énoncé de recommandation (voir **tableau 14**) :

- L'information contextuelle sur l'ampleur du problème,
  - Inclut la question PICR et le contexte général relatifs à la question de recherche;
- Le rapport entre les avantages et les inconvénients d'une intervention;
- Le degré de certitude des données probantes;
- Les valeurs et préférences;
- L'équité dans l'accès aux soins.

### Prise de décision : Déterminer la direction et la force des recommandations

Les membres du comité d'experts ont examiné les cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes avant de participer à deux réunions virtuelles d'une demi-journée visant à déterminer la direction (c.-à-d. une recommandation pour ou contre une intervention) et la force (c.-à-d. forte ou conditionnelle) des recommandations de la LDPE. Les membres du comité d'experts avaient également accès aux profils détaillés des données et aux articles dans leur intégralité.

Les coprésidents du comité d'experts et les deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont dirigé les réunions en personne de manière à ce que les discussions sur chacune des recommandations proposées soient menées en bonne et due forme.

La décision sur la direction et la force de chaque énoncé de recommandation a été prise au terme d'une discussion et d'un vote dont la majorité était fixée à au moins 70 % des membres votants du groupe. Le processus de vote, qui s'est déroulé dans l'anonymat, a été dirigé par les coprésidents du comité d'experts et les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Les coprésidents sont également membres votants. Pour déterminer la force d'un énoncé de recommandation, les membres du comité d'experts ont été invités à tenir compte des éléments suivants (voir le **tableau 14**) :

- Le rapport entre les avantages et les inconvénients d'une intervention;
- Le degré de certitude des données;
- Les valeurs et les préférences;
- L'équité dans l'accès aux soins.

Tableau 14 : Principaux facteurs à prendre en compte pour déterminer la force des recommandations

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
<b>Avantages et inconvénients</b>	<p>Résultats potentiels désirables et indésirables mentionnés dans la documentation lorsque la pratique ou l'intervention recommandée est appliquée.</p> <p>« Plus la différence entre les effets désirables et indésirables est grande, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est élevée. Plus le gradient est étroit, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée » (147).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la documentation.
<b>Certitude des données</b>	<p>Le degré de confiance qu'un effet prévu est suffisamment probant pour justifier une recommandation. Le degré de confiance qu'un résultat tiré de l'examen de la documentation est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène en question (148).</p> <p>Les recommandations sont considérées comme ayant différents degrés de certitude; plus le degré de certitude est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est grande (147).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la documentation.
<b>Valeurs et préférences</b>	<p>L'importance ou la valeur relative des résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur la personne.</p> <p>Plus les valeurs et les préférences varient ou plus le degré d'incertitude des valeurs et des préférences est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est grande (147).</p>	<p>Données tirées de la revue systématique de la documentation (lorsqu'elles existent) et d'autres sources, comme les avis du comité d'experts.</p> <p>Au cours du processus de sélection de la revue systématique, si les études ne répondaient pas directement à la question de recherche (c'est-à-dire qu'elles ne discutaient pas des résultats d'intérêt), mais étaient pertinentes pour les préférences pour l'intervention dans une perspective centrée sur la personne, ces études ont également été incluses dans cette section.</p>

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
<b>Équité dans l'accès aux soins</b>	<p>Les effets potentiels de la pratique ou de l'intervention recommandée sur les résultats de santé ou sur la qualité des soins de santé dans différentes populations.</p> <p>Plus le potentiel d'accroissement des inégalités d'accès aux soins de santé est important, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée (149).</p>	Données tirées de la revue systématique de la documentation (lorsqu'elles existent) et d'autres sources, comme les avis du comité d'experts.

Source : Adapté avec l'autorisation de : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>

### Ressources justificatives et annexes

Les membres du comité d'experts et les différents intervenants ont proposé des ressources justificatives et du contenu pour les annexes tout au long du processus d'élaboration de la ligne directrice. Les deux méthodologues ont examiné les ressources justificatives et le contenu des annexes en fonction des cinq critères suivants :

1. **La pertinence** : Les ressources justificatives et le contenu des annexes doivent être pertinents à l'objet du LDPE ou à la recommandation. Autrement dit, la ressource ou l'annexe doit être adaptée et appropriée à l'objet et au champ d'application de la LDPE ou à la (aux) recommandation(s) concernée(s).
2. **L'actualité** : Les ressources doivent être récentes et à jour. Elles doivent avoir été publiées au cours des dix dernières années ou être en conformité avec les données actuelles.
3. **La crédibilité** : L'évaluation de la crédibilité tient compte de la fiabilité et de l'expertise de l'auteur ou de l'organisme qui a rédigé la ressource. On détermine également si la ressource présente un biais, comme de la publicité ou l'affiliation des auteurs à une entreprise privée offrant des produits de soins de santé.
4. **Qualité** : Ce critère permet d'évaluer le degré d'exactitude de l'information et la mesure dans laquelle les données sur lesquelles s'appuie la source sont probantes. L'évaluation de la qualité est liée à l'objet de la ressource. On évalue, par exemple, si un outil proposé est fiable ou valable.
5. **L'accessibilité** : Ce critère indique si la ressource est offerte gratuitement et si elle est accessible en ligne.

### Rédaction de la ligne directrice

L'ébauche de la présente LDPE a été rédigée par les méthodologues chargés de l'élaboration de la ligne directrice. Les membres du comité d'experts l'ont passé en revue et ont fait part de leurs commentaires par écrit. La LDPE a ensuite été soumise à des intervenants externes aux fins d'examen.

### Examen par des intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, l'AIIAO s'est engagée à obtenir les commentaires des intervenants suivants : (a) le personnel infirmier et d'autres prestataires de services sociaux et de soins de santé issus d'un large éventail de contextes et de rôles; (b) les personnes ayant une expérience concrète; et (c) les éducateurs et les administrateurs compétents, partout au Canada et dans le monde.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un [appel public](#) affiché sur le site Web de l'AIIAO. Seconde méthode : l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts sélectionnent des personnes et des organisations ayant une expertise dans le domaine des lignes directrices, puis les invitent à participer à l'examen de la LDPE.

Les intervenants qui ont participé à l'examen ont une expertise sur l'objet de la ligne directrice ou sont susceptibles d'être concernés par sa mise en œuvre. Il peut s'agir de membres du personnel infirmier, de membres de l'équipe interprofessionnelle, d'administrateurs, d'experts en recherche, d'enseignants, d'étudiants en sciences infirmières ou de personnes ayant une expérience concrète et de leur réseau de soutien.

On demande aux réviseurs de lire l'intégralité de l'ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne.

Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation et énoncé de pratique exemplaire :

- Cette recommandation ou cet énoncé de pratique exemplaire sont-ils clairs?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation ou cet énoncé de pratique exemplaire?
- Cette recommandation ou cet énoncé de pratique exemplaire s'appuient-ils sur des données probantes claires et explicites?

De plus, on a posé les questions suivantes aux intervenants :

- À propos des annexes :
  - Les annexes figurant dans la présente ligne directrice sont-elles pertinentes?
  - Y a-t-il des lacunes dans le contenu fourni?
- À propos du titre de la ligne directrice :
  - Croyez-vous que ce titre soit approprié?
  - Croyez-vous que ce titre est clair?
- À propos de la ligne directrice dans son ensemble :
  - Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions au sujet de la section relative au contexte de la présente ligne directrice?
  - Êtes-vous d'accord avec la formulation des principaux concepts et leurs définitions?
- Les intervenants ont été invités à répondre aux questions suivantes sur les indicateurs d'évaluation :
  - Ces indicateurs sont-ils pertinents à votre contexte de pratique?
  - Avez-vous des suggestions pour d'autres indicateurs ou mesures?

En outre, les intervenants qui ont participé à la révision ont la possibilité de formuler des commentaires ou des suggestions supplémentaires. Les membres de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIO ont compilé les réponses au questionnaire et fait une synthèse des commentaires. Avec le comité d'experts, ils examinent et soupèsent les résultats de l'enquête et en modifient le contenu de la LDPE et ses recommandations avant la publication pour tenir compte des commentaires reçus.

Le processus de révision par les intervenants pour cette LDPE a eu lieu du 13 octobre 2022 au 15 novembre 2022. Des intervenants représentant divers points de vue ont fait part de leurs commentaires (voir les **Remerciements aux intervenants**).

Dans le cadre du processus d'examen des intervenants, les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont communiqué l'ébauche de lignes directrices aux représentants des OVPE ESO qui mettront en œuvre la présente LDPE dans leurs contextes de pratique. Deux groupes de discussion ont été organisés avec des représentants des OVPE ESO afin de recueillir des commentaires verbaux. Les questions suivantes ont été posées :

- Comment les recommandations font-elles progresser les objectifs des OVPE ESO (par exemple, les soins intégrés et la gestion de la santé de la population)?
- Y a-t-il des aspects incongrus ou particulièrement difficiles pour les OVPE ESO?
- Quelles annexes ou ressources justificatives, qui seraient utiles aux OVPE ESO, pouvons-nous inclure dans la LDPE?
- Y a-t-il des aspects des indicateurs qui devraient être pris en compte pour soutenir les OVPE ESO?

En outre, le résumé des recommandations et des énoncés de pratiques exemplaires a été transmis aux représentants des OVPE centrées sur les Autochtones. Deux méthodologistes chargés de l'élaboration de la ligne directrice ont participé à une réunion avec les représentants afin de recueillir leurs commentaires. Les questions suivantes ont été posées :

- Les recommandations et les énoncés de pratiques exemplaires sont-ils pertinents pour les membres de la collectivité locale de votre organisation? Si non, quels aspects des recommandations ou des énoncés de pratiques exemplaires sont incongrus pour les OVPE centrées sur les Autochtones?
- Y a-t-il des recommandations ou des énoncés de pratiques exemplaires qui vous touchent particulièrement? Si oui, comment les recommandations et les énoncés de pratiques exemplaires peuvent-ils faire progresser le travail des OVPE centrées sur les Autochtones?

Enfin, Santé Ontario, Organisation de normes en santé et Excellence en santé Canada ont eu l'occasion d'examiner les ébauches de déclarations de recommandation et d'indicateurs et ont fait part de leurs commentaires.

En collaboration avec le comité d'experts, l'équipe de recherche et d'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a examiné les commentaires reçus et a modifié le contenu de la LDPE, le cas échéant.

### Procédure de mise à jour de la ligne directrice

L'AIIAO s'engage à ce que toutes les LDPE soient mises à jour comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la documentation, d'essais contrôlés randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Le personnel peut ainsi recommander qu'une LDPE fasse l'objet d'une révision anticipée. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
  - a. En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées au cours de la mise en œuvre de la LDPE et les commentaires et expériences d'OVPE<sup>MD</sup> et d'autres organisations ayant appliqué la LDPE.
  - b. En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques pertinentes au domaine et en précisant l'objet et le champ d'application de la LDPE.
  - c. En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de la LDPE.
  - d. En sélectionnant les éventuels coprésidents du comité d'experts sur la LDPE en consultation avec la directrice générale de l'AIIAO.
  - e. En dressant une liste de spécialistes et d'experts dans le domaine pour leur éventuelle participation au comité d'experts. Le comité d'experts sera composé à la fois des membres du comité d'experts original et de nouveaux membres.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.



## Annexe D : Énoncés relatifs à la formation

### Énoncés relatifs à la formation pour cette LDPE

Depuis 1999, l'AIIAO occupe un rôle de premier plan dans l'élaboration de LDPE, les premières LDPE ayant paru en 2001. Dès le début, l'AIIAO a reconnu l'importance des approches individuelles et organisationnelles de la prestation de formations sur le contenu des LDPE cliniques pour appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. À ce titre, les LDPE cliniques de l'AIIAO comprennent des recommandations en matière de formation pour les responsables des programmes d'enseignement et de formation en cours d'emploi des étudiants en sciences infirmières, du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Ces recommandations définissent les stratégies de formation et le contenu de base des cours requis pour les programmes de santé de premier cycle et les programmes de formation continue et de perfectionnement professionnel.

Une analyse approfondie des recommandations de l'AIIAO en matière de formation a été réalisée en 2018. Elle portait sur les LDPE cliniques publiées au cours des cinq années précédentes, puisque les LDPE cliniques publiées au cours de cette période sont toutes issues de revues systématiques de la documentation. L'analyse a examiné 26 recommandations en matière de formation provenant de neuf LDPE différentes qui portaient sur divers sujets cliniques et différentes populations.

Une analyse thématique rigoureuse a fait ressortir des similitudes entre les LDPE. Ainsi, on a jugé approprié de formuler des recommandations normalisées relatives à la formation applicables à toutes les LDPE cliniques afin d'appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. Les deux recommandations relatives à la formation qui en ont résulté et les discussions connexes sur la documentation sont présentées ci-dessous. Ces énoncés peuvent être adaptés au contexte des organisations de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations cliniques portant sur différents domaines thématiques des lignes directrices.

## ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION N° 1 : LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT INTÈGRENT DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES AUX PROGRAMMES D'ÉTUDES DESTINÉS AUX MEMBRES DU PERSONNEL INFIRMIER QUI N'ONT PAS ENCORE OBTENU LEUR LICENCE OU QUI SONT DÉJÀ LICENCIÉS ET AUX AUTRES PRESTATAIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SOINS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS.

### Discussions sur la documentation :

L'analyse thématique des énoncés de recommandations relatifs à la formation décrits ci-haut a montré l'existence du thème fondamental pour le renforcement des capacités dans le domaine de la pratique fondée sur des données probantes :

Les établissements d'enseignement intègrent des lignes directrices fondées sur des données probantes aux programmes d'études destinés aux membres du personnel infirmier qui n'ont pas encore obtenu leur licence ou qui sont déjà licenciés et aux autres prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *L'évaluation et la prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013).
- *Les transitions des soins* (2014)
- *La prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : Approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014).
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014) [non traduit]
- *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois* (2014)
- *L'établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* (2015)
- *Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins, deuxième édition* (2016)

Les établissements d'enseignement devraient envisager d'intégrer le contenu de la LDPE aux cours théoriques et pratiques destinés au personnel infirmier et aux autres prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés, comme les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens et les pharmaciens, dans les programmes offerts avant l'octroi d'un permis d'exercer (p. ex., les étudiants diplômés et de premier cycle) et après celui-ci (p. ex., les étudiants de deuxième cycle). Les programmes de formation offerts avant l'octroi d'une licence permettent d'acquérir des connaissances de base, qui peuvent être renforcées et enrichies, si nécessaire, dans la pratique au sein des organisations de santé et de services sociaux. Les programmes d'études supérieures offerts après l'octroi d'une licence préparent le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés à assumer des rôles et des fonctions de pratique avancée dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques (150). Ainsi, le contenu des lignes directrices intégré aux programmes d'études et son degré de complexité varieront en fonction des objectifs pédagogiques globaux de chaque programme. Dans les deux cas, l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études favorise la conformité de l'apprentissage aux pratiques fondées sur des données probantes et a pour objectif ultime d'améliorer les résultats de santé pour les personnes concernées et leurs proches.

Pour soutenir l'intégration aux programmes d'enseignement de LDPE fondées sur des données probantes, on peut utiliser les approches suivantes : (1) l'élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices; et (2) l'élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux LDPE (165). Les deux approches sont décrites ci-dessous.

1. **Élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices** : Les objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés à des lignes directrices (avant et après l'obtention d'une licence) facilitent l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études.
  - Au niveau du programme, cette intégration permet aux apprenants d'élargir leurs connaissances, de renforcer leur jugement et de développer leurs compétences. À titre d'exemple, un objectif de programme d'enseignement supérieur pourrait consister à sensibiliser les apprenants à certains éléments de la science de la mise en œuvre afin qu'ils puissent adopter les lignes directrices et les utiliser de façon durable dans les différents contextes cliniques (151).
  - Pour ce qui est des cours, l'intégration du contenu des lignes directrices permet aux apprenants de suivre un apprentissage conforme aux pratiques fondées sur des données probantes dans les contextes d'enseignement et de pratique. À titre d'exemple, les objectifs des cours de premier cycle pourraient consister à permettre aux apprenants d'acquérir une meilleure connaissance des lignes directrices, de sélectionner des lignes directrices pertinentes pour leur pratique (et de justifier leur choix) et d'intégrer les recommandations relatives aux lignes directrices dans les plans de soins destinés aux personnes concernées et à leurs proches (151).
2. **Élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices** : Les stratégies d'enseignement doivent être adaptées aux objectifs pédagogiques des programmes et aux besoins des apprenants et les préparer à améliorer la pratique et à obtenir des résultats positifs (152). Les différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices sont décrites ci-dessous.

- **Cours magistraux :** Les enseignants peuvent utiliser les cours magistraux pour fournir des connaissances générales sur les lignes directrices, plus particulièrement sur le processus rigoureux d'élaboration des lignes directrices et de leurs différentes recommandations. Les cours magistraux peuvent donner aux apprenants une bonne idée du champ d'application et de la force des données probantes sur lesquelles s'appuient les recommandations (151).
- **Activités interactives en classe :** Les activités d'apprentissage interactives en classe peuvent fournir de l'information additionnelle aux apprenants, leur permettre de participer à des exercices de résolution de problèmes et de structurer les connaissances acquises. Parmi les exemples d'activités d'apprentissage, citons : la réalisation de travaux en groupe pour aider les apprenants à s'orienter dans une ligne directrice et à se familiariser avec ses recommandations; l'examen d'études de cas pour leur donner l'occasion de sélectionner des recommandations de la ligne directrice et de les appliquer dans le cadre de plans de soins; et l'utilisation de vidéos et de jeux de rôle pour développer leur capacité à justifier la sélection de lignes directrices/recommandations particulières dans le cadre de plans de soins (151).
- **Simulation :** Une simulation numérique de haute qualité dans le cadre d'un laboratoire de compétences peut atténuer l'incertitude des apprenants quant à la pratique clinique, leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences et d'accroître leur confiance en soi et leur niveau de satisfaction. Les enseignants ayant reçu une formation en pédagogie peuvent utiliser la simulation pour enseigner aux apprenants des connaissances liées à la prestation de soins sécuritaires et efficaces centrés sur la personne et ses proches dans un contexte clinique normalisé. Les enseignants peuvent également aider les apprenants à intégrer le contenu d'une ligne directrice à des séances de pratique simulée lorsqu'ils enseignent une pratique étayée par des données probantes (151).
- **Discussions avant et après une présentation sur une pratique clinique :** Discuter d'une ligne directrice avant et après une présentation sur une pratique clinique peut contribuer à renforcer l'esprit critique des apprenants dans l'élaboration de plans de soins, à les préparer à modifier une pratique en fonction des recommandations d'une ligne directrice, à expliquer clairement les raisons motivant une décision clinique et à évaluer les résultats des interventions. Les apprenants ont ainsi l'occasion de déterminer si les politiques et les procédures en vigueur dans le contexte de la pratique sont conformes aux données les plus probantes et de cerner les éléments d'une pratique susceptibles d'être modifiés et de réfléchir à la manière d'amorcer le processus de modification (151).
- **Accès aux ressources liées aux LDPE :** Les enseignants peuvent proposer des liens et des ressources liés aux LDPE et en faciliter l'accès (151).
- **Travaux et tests :** Il peut être demandé aux apprenants d'intégrer des lignes directrices à leurs plans d'apprentissage ou de prendre des notes sur une ligne directrice particulièrement pertinente à leur domaine de pratique. Il est également recommandé de préparer des tests ou des questions d'examen qui permettent aux apprenants de faire preuve d'esprit critique par rapport aux lignes directrices. Dans l'ensemble, les travaux et les tests relatifs aux lignes directrices peuvent être conçus de manière à inciter les apprenants à réfléchir aux lignes directrices, à bien comprendre leurs modalités d'application et à faire preuve d'esprit critique à leur égard (151).
- **Préceptorat ou mentorat dans le cadre de stages cliniques :** Les précepteurs en contexte clinique jouent un rôle essentiel dans l'enseignement des compétences pratiques qui complètent l'apprentissage théorique des apprenants. Les précepteurs sont chargés d'assurer l'enseignement clinique, la supervision et l'évaluation des apprenants (153). Ils peuvent aider les apprenants à intégrer le contenu des lignes directrices à leurs objectifs d'apprentissage et activités cliniques et ainsi favoriser l'acquisition de connaissances et de pratiques fondées sur des données probantes.

## ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION N° 2 : LES ORGANISATIONS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX UTILISENT DES STRATÉGIES VISANT À INTÉGRER DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES À LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES PRESTATAIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SOINS DE SANTÉ.

### Discussions sur la documentation :

L'analyse thématique des recommandations relatives à la formation figurant dans un certain nombre de LDPE a révélé qu'un deuxième thème s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les organisations de services de santé utilisent des stratégies visant à intégrer des lignes directrices fondées sur des données probantes à l'enseignement et à la formation du personnel infirmier et des autres prestataires de services sociaux et de soins de santé.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *L'évaluatin et la prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013).
- *Les transitions des soins* (2014)
- *La prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : Approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014).
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014) [non traduit]
- *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois* (2014)
- *L'établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* (2015)
- *Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins, deuxième édition* (2016)

Le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent être constamment à l'affût de nouvelles connaissances, rechercher des possibilités de perfectionnement professionnel et parfaire leur formation tout au long de leur carrière. Le fait de participer à la formation des prestataires de soins de santé permet d'assurer qu'elle est en conformité avec les pratiques fondées sur des données probantes, de renforcer les compétences et d'améliorer les résultats et la qualité des soins (154). L'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes de formation au sein des organisations de santé et de services sociaux peut contribuer à améliorer les connaissances et les compétences fondées sur des données probantes du personnel infirmier et des autres prestataires de services sociaux et de soins de santé après avoir obtenu leur permis d'exercice.

Les programmes de formation devraient s'appuyer sur les principes de l'éducation des adultes, et notamment :

- Les adultes sont conscients de leurs besoins et de leurs objectifs en matière de formation;
- Les adultes sont autonomes et capables d'autodétermination;
- Les adultes accordent de l'importance aux expériences passées et savent en tirer parti;
- Les adultes sont prêts à apprendre;
- Les adultes sont motivés à apprendre;
- Les connaissances et les compétences enseignées aux adultes sont présentées dans le contexte de situations concrètes et réelles (155).

De plus, la formation doit être pertinente par rapport au champ d'exercice du prestataire de services sociaux ou de soins de santé et à son rôle. Les stratégies de formation peuvent comprendre les éléments suivants :

- **Séances de formation en cours d'emploi** : Elles peuvent être planifiées par des experts cliniciens dans le contexte de pratique pour appuyer l'application d'une LDPE particulière ou de recommandations incitant le personnel à adopter une pratique fondée sur des données probantes. La formation, qui peut consister en des séances individuelles ou en groupe, doit répondre aux besoins des apprenants. Il est recommandé que les séances de formation soient suivies de séances de mise à jour ou de rappel permettant de fournir de la rétroaction au personnel et d'améliorer leur apprentissage (156, 157).
- **Ateliers/séminaires** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent tirer parti d'ateliers et de séminaires hautement interactifs pour maintenir une pratique fondée sur les données les plus probantes, lorsqu'ils intègrent diverses stratégies de formation, comme des documents distribués à l'avance, des discussions en petits groupes sur des études de cas et des ressources multimédias, telles que des diaporamas PowerPoint et des vidéos présentant des LDPE et des recommandations pertinentes). L'atelier des champions des pratiques exemplaires de l'AAIAO et les ateliers de renforcement des capacités sur une LDPE sont des exemples de programmes de formation sur la mise en œuvre des LDPE dans différents contextes de pratique (158).
- **Amélioration de la qualité** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé qui participent aux efforts d'amélioration de la qualité des soins dans leur lieu de travail sont mieux à même de reconnaître les événements sentinelles et d'examiner les moyens d'améliorer les soins. S'engager à satisfaire aux normes d'agrément est un facteur important d'amélioration de la qualité, car il contribue à combler les écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques exemplaires et à maintenir continuellement le niveau des compétences. Voici quelques exemples de stratégies que le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent appliquer pour satisfaire aux normes d'agrément :
  - Participer à un processus de mise en œuvre des lignes directrices dans une unité de soins afin de renforcer la sécurité des patients, de réduire les risques et d'améliorer les résultats des soins.
  - Choisir des recommandations tirées d'une ligne directrice en particulier pour faciliter le processus de modification d'une pratique.
  - Mettre en commun les connaissances et les enseignements tirés de l'examen des lignes directrices avec le comité d'agrément (159, 160).

Parmi les autres moyens d'améliorer la qualité, citons la participation à la déclaration des incidents, les initiatives pour la sécurité des patients et d'autres initiatives de santé dans les différents domaines de pratique.

- **Mentorat après l'obtention d'un permis d'exercice** : Ce mentorat consiste à fournir aux nouveaux diplômés ou aux employés moins expérimentés des conseils pour développer leurs compétences et à les aider dans l'évolution au sein de leur rôle professionnel. Des études montrent que les nouvelles recrues qui travaillent avec des mentors sont moins stressées et plus satisfaites de leur travail durant le processus de transition (161). Les mentors peuvent contribuer à l'intégration du contenu des lignes directrices tout en enseignant des pratiques fondées sur des données probantes.

## ÉVALUATION

Toutes les stratégies de formation doivent faire l'objet d'une évaluation visant à : (a) surveiller l'adoption des connaissances; et (b) mesurer leur incidence sur les résultats cliniques.

L'AIIO a conçu la LDPE intitulée *Pratiquer l'éducation dans les soins infirmiers* (162), qui fournit des recommandations fondées sur des données probantes qui soutiennent l'application des connaissances à différents contextes de pratique par les étudiants en sciences infirmières. La LDPE aide également le personnel infirmier, les enseignants en soins infirmiers, les précepteurs et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle à appliquer avec efficacité les stratégies de formation dans différents contextes cliniques.

La [Trousse pour la conduite du changement](#) (4) définit de nombreuses stratégies pour soutenir l'évaluation des résultats en matière de santé au niveau de la personne, du prestataire de soins, de l'organisation et du système de santé. Voici quelques exemples de stratégies d'évaluation :

- Les tests avant et après les séances de formation du personnel
- Les groupes de discussion/les entretiens avec le personnel
- L'observation de rencontres patient-prestataire de soins
- La vérification des dossiers afin d'évaluer les effets sur les résultats chez la personne et ses proches
- Les questionnaires et les entretiens de satisfaction soumis aux personnes et à leurs proches



## Annexe E : Processus d'élaboration des indicateurs

Voici un résumé du processus d'élaboration des indicateurs de l'AIIAO (voir l'organigramme de l'élaboration des indicateurs [en ligne](#)).

1. **Sélection des lignes directrices** : Les indicateurs sont élaborés pour des lignes directrices axées sur les priorités du système de santé, l'accent étant mis sur la réduction des lacunes dans les indicateurs tout en allégeant les exigences en matière de signalement des constatations.
2. **Extraction des recommandations** : Les pratiques recommandées, les résultats globaux de la ligne directrice et les ensembles d'ordonnances d'une LDPE<sup>MC</sup> (le cas échéant) sont examinés afin d'en extraire des mesures potentielles pour l'élaboration d'indicateurs.
3. **Sélection et élaboration d'indicateurs** : La sélection et l'élaboration des indicateurs se font selon une méthodologie éprouvée, notamment l'alignement sur des référentiels de données externes et des bibliothèques de données d'information sur la santé.
4. **Essai pratique et validation** : Les indicateurs proposés sont validés en interne par une validation apparente et de contenu, et en externe par des représentants d'organisations nationales et internationales.
5. **Mise en œuvre** : Les indicateurs sont publiés dans le tableau d'évaluation et de suivi dans la LDPE, et les dictionnaires de données sont publiés sur le site Web du NQuIRE<sup>MD</sup> à l'usage des OVPE<sup>MD</sup>.
6. **Analyse et évaluation de la qualité des données** : L'appréciation et l'évaluation de la qualité des données ainsi que la rétroaction continue des OVPE permettent d'assurer que les indicateurs de la LDPE recueillis dans NQuIRE évoluent de manière appropriée.

# Annexe F : Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario

La Déclaration des valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes a été rédigée par le Conseil consultatif ministériel pour les patients et les familles, en consultation avec les Ontariens, afin de communiquer les attentes des patients, des familles et des soignants à l'égard du système de santé de l'Ontario (163). La Déclaration peut servir de boussole aux personnes et aux organisations impliquées dans les soins de santé et reflète un résumé des valeurs importantes de la personne, de la famille et du soignant. La Déclaration des valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario est également disponible [en anglais](#).

Figure 3 : Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario

## Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario

<b>RESPONSABILITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nous nous attendons à une communication ouverte et transparente en ce qui concerne nos soins.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que tous les membres de notre équipe de soins soient responsables et soutenus pour s'acquitter efficacement de leurs rôles et responsabilités.</li> <li>● Nous nous attendons à une culture des soins de santé qui démontre une valorisation des expériences des patients, des familles et des personnes soignantes, et intègre ces connaissances dans les politiques, la planification et la prise de décision.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les expériences et les résultats des patients, des familles et des personnes soignantes renforcent la responsabilité du système de soins de santé et des fournisseurs de services, de programmes et de soins.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les fournisseurs de soins de santé agissent avec intégrité en reconnaissant leurs aptitudes, leurs préjugés et leurs limites.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les fournisseurs de soins de santé s'acquittent de leurs responsabilités professionnelles pour prodiguer des soins sécuritaires.</li> </ul>
<b>EMPATHIE ET COMPASSION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nous nous attendons à ce que les fournisseurs de soins de santé agissent avec empathie, gentillesse et compassion.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les plans de soins personnalisés tiennent compte de nos besoins physiques, mentaux, émotionnels, culturels et spirituels.</li> <li>● Nous nous attendons à être traités sans stigmatisation, préjugés, biais ou blâme.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les fournisseurs de soins de santé et les dirigeants du système de santé comprennent que leurs paroles, leurs actions et leurs décisions ont des répercussions importantes sur la vie des patients, des familles et des personnes soignantes.</li> </ul>
<b>ÉQUITÉ ET PARTICIPATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nous nous attendons à bénéficier d'un accès égal et équitable au système de soins de santé et aux services de santé, sans égard à la capacité, à la race, à l'origine ethnique, à la langue, aux antécédents, au lieu d'origine, à l'identité sexuelle, à l'orientation sexuelle, à l'âge, à la religion, au statut socioéconomique, au niveau d'éducation ou au lieu en Ontario. Nous nous attendons en outre à un accès égal et équitable aux services de santé pour les personnes handicapées et celles qui ont été victimes de stigmatisation dans le passé.</li> <li>● Nous nous attendons à pouvoir participer à l'élaboration des politiques et des programmes de soins de santé aux niveaux local, régional et provincial du système de soins de santé.</li> <li>● Nous nous attendons à une prise de conscience à l'égard de la discrimination et du racisme systémiques et à des efforts visant à les éliminer, notamment par la désignation et l'élimination des obstacles systémiques qui contribuent à des résultats inéquitables en matière de soins de santé (en accordant une attention particulière aux personnes les plus touchées par le racisme systémique).</li> </ul>
<b>RESPECT ET DIGNITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nous nous attendons à ce que notre identité, nos croyances, notre histoire, notre culture et nos capacités individuelles soient respectées dans nos soins.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les fournisseurs de soins de santé se présentent et décrivent leur rôle dans nos soins.</li> <li>● Nous nous attendons à être reconnus comme faisant partie de l'équipe soignante, à être pleinement informés de notre état et à avoir le droit de faire des choix dans nos soins.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que les patients, les familles et les personnes soignantes soient traités avec respect et considérés comme des partenaires précieux au sein de l'équipe de soins.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que nos renseignements personnels sur la santé nous appartiennent, et à ce qu'ils restent privés, respectés et protégés.</li> </ul>
<b>TRANSPARENCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nous nous attendons à participer de façon proactive et significative aux conversations sur nos soins, à l'examen des options qui s'offrent à nous et aux décisions concernant nos soins.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que nos dossiers médicaux soient exacts, complets, disponibles et accessibles à notre demande dans l'ensemble du système de santé provincial.</li> <li>● Nous nous attendons à ce que le processus pour formuler des plaintes, des préoccupations ou des compliments au sujet de nos soins soit transparent, clair et équitable et à ce qu'il nait aucune incidence sur la qualité des soins que nous recevons.</li> </ul>

Mise à jour : Juillet 2021

**Remarque :** L'objet de cette Déclaration des valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes, qui a été rédigée par le Conseil consultatif ministériel des patients et des familles (CCMPF), en consultation avec les Ontariens et les Ontariennes, est d'énoncer les attentes des patients, des familles et des personnes soignantes relativement au système de soins de santé de l'Ontario. Cette Déclaration est destinée à servir de boussole pour les particuliers et les organismes qui sont parties prenantes des soins de santé, et elle constitue un résumé des principes et des valeurs jugés importants par les patients, les familles et les personnes soignantes. La Déclaration ne vise pas à établir, à modifier ou à affecter des droits ou obligations juridiques, quels qu'ils soient, et doit être interprétée en conformité avec les lois en vigueur.



© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021.

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Gouvernement de l'Ontario. Déclaration des valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 2021. Accessible sur le site Web : <https://files.ontario.ca/moh-patient-family-caregiver-declaration-of-values-for-ontario-fr-2021-08-31.pdf>.

## Annexe G : Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient

L'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) est un sommaire de congé facile à utiliser, conçu pour les personnes en transition entre l'hôpital et le domicile (164). La plupart des sommaires de congé traditionnels sont des documents denses contenant des termes techniques et sont conçus pour communiquer des renseignements aux prestataires de soins primaires, plutôt qu'aux personnes recevant des soins. L'OOSP a été créé en collaboration avec des personnes et leur réseau de soutien, y compris des personnes ayant des connaissances limitées en matière de santé et des barrières linguistiques, afin d'aider les personnes à comprendre les renseignements importants lorsqu'elles quittent l'hôpital. La ressource utilise un langage simple, de grandes polices de caractères, des espaces pour prendre des notes et est offert en [15 langues](#).


L'OOSP contient des renseignements utiles sur les médicaments, les modifications au régime alimentaire et aux activités, les rendez-vous de suivi et les symptômes à surveiller après une transition (164). Les organisations sont encouragées à utiliser le modèle type et à l'adapter aux besoins des populations spécifiques qu'elles soutiennent. L'OOSP doit être rempli en présence des personnes et de leur réseau de soutien, en utilisant la méthode d'apprentissage à rebours. La mise en œuvre de l'OOSP peut également être soutenue par le dossier médical électronique, car certains dossiers médicaux électroniques exigent que l'OOSP soit obligatoirement rempli avant chaque transition (165). L'OOSP n'est pas destiné à remplacer le sommaire de congé traditionnel envoyé au prestataire de soins primaires (164).

Figure 4 : Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP)

**Guide de soins de** \_\_\_\_\_


Je suis arrivé(e) à l'hôpital le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ et j'en suis sorti(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Je suis venu(e) parce que j'ai \_\_\_\_\_


 *mes notes personnelles*

 **Les médicaments que je dois prendre**


		Matin	Midi	Après-midi	Soir
Nom	À quoi sert-il				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Comment je pourrais me sentir et ce que je dois faire**

Je pourrais me sentir	Ce qu'il faut faire	Se rendre aux urgences si :


 **Modifications de mes habitudes de vie**

Activité (c.-à-d. alimentaire, physique)	Instructions

 **Mes prochains rendez-vous**

Visiter \_\_\_\_\_ pour \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_ h

Emplacement : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  Rendez-vous confirmé

 **Où trouver d'autres informations**

Pour obtenir des instructions relatives aux médicaments, visitez le pharmacien ou appelez-le au \_\_\_\_\_



Pour obtenir \_\_\_\_\_ visitez \_\_\_\_\_ ou appelez-le au \_\_\_\_\_

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP). Dans : Open Lab [Internet]. Toronto (Ont.) : Open Labs; 2019. Accessible sur le site Web : <http://uhnopenlab.ca/project/pods/>.

# Annexe H : Mon plan de soins de transition<sup>®</sup>

Mon plan de soins de transition<sup>®</sup> résume les renseignements nécessaires pour faciliter les transitions réussies dans les soins aux personnes âgées présentant ou risquant de présenter des comportements réactifs ou des problèmes complexes de santé mentale, de toxicomanie ou de troubles neurologiques (166). Il fournit un résumé des renseignements essentiels qui doivent être communiqués aux membres de l'équipe interprofessionnelle pour préparer et faciliter la transition des soins. L'outil est rédigé à la première personne afin de promouvoir des soins centrés sur la personne, et les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient collaborer avec les personnes et leur réseau de soutien lorsqu'ils remplissent le formulaire. Mon plan de soins de transition<sup>®</sup> peut être élaboré dans le cadre d'un dossier médical électronique. Le formulaire est également disponible en [anglais](#) (166).

Figure 5 : Mon plan de soins de transition<sup>®</sup>

 Behavioural Supports Ontario Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario		 brainXchange		<b>Nom :</b> <b>Date de naissance (jj/mm/aaaa) :</b> <b>N° de carte Santé :</b> <b>Autre pièce d'identité :</b>	
<b>Mon plan de soins de transition<sup>®</sup></b>					
<b>1. Mon réseau de soutien jusqu'au jour de mon déménagement :</b>					
<b>Mandataire spécial :</b>				<b>Tél. :</b>	
<b>Responsable de l'aide à la transition (milieu de vie actuel) :</b>				<b>Tél. :</b>	
<b>Responsable de l'aide à la transition (nouveau milieu de vie) :</b>				<b>Tél. :</b>	
<b>Prestataires de soins en mesure d'appuyer le déménagement :</b>					
Milieu de vie actuel : <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Maison de retraite <input type="checkbox"/> Domicile privé <input type="checkbox"/> Autre :					
Détails :					
Nouveau milieu de vie :			Date et heure du déménagement :		
Plan de transport :			Plan d'arrivée : <input type="checkbox"/> Arrivée seul(e) <input type="checkbox"/> Arrivée en compagnie d'autres personnes		
<b>Préparation de ma chambre :</b>					
<b>Qui préparera ma chambre :</b> <input type="checkbox"/> À l'avance <input type="checkbox"/> Le jour du déménagement			<b>Articles préférés pour que je me sente chez moi dans ma chambre :</b>		
<b>Profil personnel sommaire (profil socioculturel) :</b>			<b>Ma routine quotidienne (habitudes de sommeil, repas, soins personnels) :</b>		
			<b>Mes habitudes de consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances (le cas échéant) :</b>		
<b>Section 1 remplie par :</b>					
<b>2. Mes capacités fonctionnelles :</b>					
<b>Mes appareils et accessoires fonctionnels (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et fournir des détails au sujet de leur utilisation) :</b>					
<input type="checkbox"/> Aides à la mobilité		<input type="checkbox"/> Aides à la communication ou aides cognitives		<input type="checkbox"/> Prothèses auditives, visuelles ou dentaires	
<b>Détails :</b>					
<b>Tâches pour lesquelles je pourrais avoir besoin d'aide ou de rappels :</b>					
<b>Hygiène et soins personnels :</b> <input type="checkbox"/> Autonome		<input type="checkbox"/> Préparation seulement		<input type="checkbox"/> Aide <input type="checkbox"/> Aide maximale	
<b>Détails :</b>					
<b>Utilisation des toilettes/élimination :</b> <input type="checkbox"/> Autonome		<input type="checkbox"/> Rappels/routines		<input type="checkbox"/> Incontinence	
<b>Détails :</b>					
<b>Déambulation/Transferts :</b> <input type="checkbox"/> Autonome		<input type="checkbox"/> Avec supervision		<input type="checkbox"/> Aide maximale	
<b>Détails :</b>					
<b>Nutrition et alimentation :</b> <input type="checkbox"/> Autonome		<input type="checkbox"/> Préparation seulement		<input type="checkbox"/> Aide maximale	
<b>Détails :</b>					
<b>Administration des médicaments :</b> <input type="checkbox"/> En entier		<input type="checkbox"/> Écrasés			
<b>Détails et changements récents :</b>					
<b>Section 2 remplie par :</b>					

**3. Mes facteurs de risque** (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

Délire     Chutes     Errance/exploration     Idées suicidaires     Incendie (*tabagisme, cuisine*)

Sécurité (*finances, logement, alimentation*)     Autres(s) :

Détails :

Comportements réactifs/expressions personnelles (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et décrire les comportements/expressions et le contexte dans lequel ils se produisent [par exemple, pendant les soins personnels]. Veuillez indiquer les facteurs contributifs ainsi que les approches et stratégies personnalisées pour prévenir ces comportements ou y répondre.)

Expression(s) vocale(s) :

Expression(s) motrice(s) :

Expression(s) sexuelle(s) à risque :

Expression(s) verbale(s) à risque :

Expression(s) physique(s) à risque :

Facteurs contribuant à mes expressions comportementales :

Approches et stratégies personnalisées pour me soutenir :

**Section 3 remplie par :**

**4. Mes liens familiaux et mon réseau de soutien social** (*interactions avec la famille et les amis après le déménagement*)

Visites en personne :

Visites virtuelles ou appels téléphoniques :

Autre(s) :

Services qui m'offriront un soutien après mon déménagement :

Rapports qui permettront de mieux me connaître

Carnet de vaccination     Liste de médicaments     Évaluation comportementale     Évaluation en santé mentale

Profil personnel     Plan de soins pendant l'isolement     Autre(s) :

**Section 4 remplie par :**

**5. Prestataires de soins de santé et personnes qui ont participé à la préparation de Mon plan de soins de transition :**

Nom et titre	Organisation :	Coordonnées :	Date : (jj/mm/aaaa)	Signature :

*Ce plan de soins de transition a été élaboré en fonction de l'état de santé de la personne dans son milieu de vie au moment de la transition.  
Ce plan pourrait nécessiter une adaptation dans le nouvel environnement si ces comportements différents se manifestent pendant la période de transition.*

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO). Mon plan de soins de transition® [Internet]. [lieu inconnu] : BSO; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : <https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/My-Transitional-Care-Plan/My-Transitional-Care-Plan%C2%A9-Tool-Download-Permis>.

# Annexe I : Guide d'entretien sur le meilleur schéma thérapeutique possible

Ce guide d'entretien de l'Alberta Health Services fournit une liste de questions que les prestataires de soins de santé peuvent poser lorsqu'ils établissent le meilleur schéma thérapeutique possible.

Figure 6 : Guide d'entretien sur le meilleur schéma thérapeutique possible

**Préparation**  
Avant de commencer l'entretien, recueillez tous les renseignements facilement accessibles sur les médicaments du patient.

**Introduction**  
Vous présenter, ainsi que votre profession.

- J'aimerais prendre le temps de réviser les médicaments que vous prenez à la maison.
- J'ai une liste de médicaments tirée de votre dossier et je veux m'assurer qu'elle est exacte et à jour.
- Serait-il possible de discuter de vos médicaments avec vous (ou un membre de votre famille) en ce moment?
- Est-ce un moment convenable pour vous? Y a-t-il un membre de votre famille qui connaît vos médicaments et qui devrait se joindre à nous?
- Comment pouvons-nous les rejoindre?

**Collecte de renseignements**

- Avez-vous votre liste de médicaments ou vos flacons ( fioles) de comprimés avec vous?
- Utiliser la technique du « montrer et raconter », s'ils ont apporté les flacons de médicaments.
  - Comment prenez-vous (nom du médicament)?
  - À quelle fréquence ou à quel moment prenez-vous (nom du médicament)?
- Recueillir des renseignements sur la dose, la voie d'administration et la fréquence pour chaque médicament. Si le patient prend un médicament différemment de celui qui lui a été prescrit, enregistrez ce qu'il prend réellement et notez la divergence.
- Y a-t-il des médicaments sur ordonnance que vous (ou votre médecin) avez récemment arrêtés ou modifiés?
- Quelle est la raison de ce changement?

**Allergies aux médicaments**

- Y a-t-il des médicaments auxquels vous êtes allergiques?
- Si oui, que se passe-t-il lorsque vous prenez (nom du médicament auquel le patient est allergique)?

**Pharmacie communautaire**

- Quels sont le nom et l'adresse de la pharmacie à laquelle vous allez habituellement? (En prévoir plusieurs.)
- Pouvons-nous appeler votre pharmacie pour plus de renseignements sur vos médicaments si nécessaire?

**Médicaments sur ordonnance**

- Il s'agit notamment de tout ce qui ne peut être obtenu que sur ordonnance d'un médecin, comme les pilules pour le cœur, les inhalateurs, les somnifères.

**Antibiotiques**

- Avez-vous utilisé des antibiotiques au courant des trois derniers mois? Si oui, quelles lesquels?

**Inhalateurs/timbres/crèmes/pommades/ médicament injectable/échantillons**

- Utilisez-vous :
  - Des inhalateurs?
  - Des timbres médicamenteux?
  - Des crèmes ou pommades médicamenteuses?
  - Des médicaments injectables (par exemple, insuline)?

Pour chacun, si oui :

- Comment prenez-vous (nom du médicament)?
- Indiquez le nom, la dose et la fréquence.

- Votre médecin vous a-t-il donné des échantillons de médicaments à essayer au cours des derniers mois? Si oui, lesquels?

**Gouttes pour les yeux/oreilles/nez**

- Utilisez-vous des gouttes pour les yeux? Si oui :
  - Quelle(s) marque(s) utilisez-vous?
  - Combien de gouttes utilisez-vous? À quelle fréquence?
  - Dans quel œil?
- Utilisez-vous des gouttes pour les oreilles? Si oui :
  - Quelle(s) marque(s) utilisez-vous?
  - Combien de gouttes utilisez-vous? À quelle fréquence?
  - Dans quelle oreille?
- Utilisez-vous des gouttes ou des vaporisateurs pour le nez? Si oui :
  - Quelle(s) marque(s) utilisez-vous?
  - Comment les utilisez-vous?
  - À quelle fréquence?

**Médicaments sans ordonnances (MSO)**

- Prenez-vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance médicale? Donnez des exemples (comme de l'aspirine). Si oui :
  - Comment prenez-vous (nom du MSO)?

**Vitamines/minéraux/suppléments**


- Prenez-vous des :
  - vitamines (par exemple, des multivitamines)?
  - minéraux (par exemple, du clacium, du fer)?
  - suppléments (par exemple, de la glucosamine, du millepertuis)?
- Si oui, comment les prenez-vous?
- Consommez-vous parfois des drogues à usage récréatif (par exemple, alcool, marijuana)? Si oui, comment les prenez-vous? À quelle fréquence?

**Conseils pour conclure l'entretien**

- Cela conclut notre entretien.
- Merci de m'avoir accordé votre temps. Cela conclut notre entretien.
- Avez-vous des questions?
- Si vous vous souvenez de quelque chose après notre entretien, veuillez contacter votre prestataire de soins de santé pour mettre à jour vos renseignements.

**UN BON MSTP UTILISE  
AU MOINS DEUX SOURCES DE  
RENSEIGNEMENTS DIFFÉRENTES.**

albertahealthservices.ca/medlist



Source : Reproduit avec l'autorisation de : Alberta Health Services (AHS) Best possible medication history (BPMH) interview guide [Internet]. Edmonton (Alberta) : AHS; 2014. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf>

© 2014 Alberta Health Services. Ce matériel est protégé par la loi canadienne sur les droits d'auteur. Sauf disposition contraire de la législation canadienne sur les droits d'auteur, ce matériel ne peut être copié, publié ou distribué sans l'autorisation écrite préalable du détenteur des droits d'auteur. Ce document a été publié à l'origine par Alberta Health Services et a été reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

Ces documents sont destinés à fournir des renseignements généraux uniquement et sont fournis en l'état. Bien que des efforts raisonnables aient été déployés pour confirmer l'exactitude des renseignements, Alberta Health Services ne fait aucune déclaration et ne donne aucune garantie, expresse ou implicite, orale ou écrite, légale ou autre, quant à l'exactitude, la fiabilité, l'exhaustivité, l'applicabilité ou l'adéquation à un usage particulier de ces renseignements, y compris, mais sans s'y limiter, les garanties implicites ou les garanties d'absence de contrefaçon ou de qualité marchande. Ces documents ne remplacent pas les conseils d'un professionnel de la santé qualifié. Alberta Health Services décline expressément toute responsabilité quant à l'utilisation de ces documents et à toute réclamation, action, demande ou poursuite découlant de cette utilisation.







# Annexe K : 5 questions à poser à propos de vos médicaments (pour adultes)

5 questions à poser à propos de vos médicaments est un guide destiné à aider les personnes et leur réseau de soutien à entamer des conversations avec les prestataires de soins de santé au sujet de leurs médicaments (168). Veiller à ce que les personnes soient des partenaires actifs dans leurs soins et s'assurer qu'elles reçoivent des informations importantes sur leurs médicaments contribue à promouvoir la sécurité des médicaments. Il peut être particulièrement utile pour les personnes de poser les cinq questions suivantes sur leurs médicaments lorsqu'elles ont des rendez-vous avec leurs prestataires de soins primaires, lorsqu'elles communiquent avec leur pharmacien communautaire et lorsqu'elles se préparent à une transition entre l'hôpital et le domicile. La ressource 5 questions à poser à propos de vos médicaments est offerte en [30 langues](#).

Figure 8 : 5 questions à poser à propos de vos médicaments

**5 QUESTIONS À POSER À PROPOS DE VOS MÉDICAMENTS**  
lors d'une consultation avec un médecin, une infirmière ou un pharmacien

**1. CHANGEMENTS?**  
Des médicaments ont-ils été ajoutés, supprimés ou changés et pourquoi?

**2. CONSTANCE?**  
Quels médicaments dois-je continuer à prendre et pourquoi?

**3. USAGE CORRECT?**  
Comment dois-je prendre mes médicaments et pendant combien de temps?

**4. OBSERVATION**  
Comment vais-je savoir si mes médicaments agissent et quels effets secondaires faut-il surveiller?

**5. SUIVI?**  
Ai-je besoin de passer des tests et quand dois-je prendre mon prochain rendez-vous?

**Gardez votre dossier médical à jour.**

**Rappelez-vous d'inclure :**

- ✓ les allergies aux médicaments
- ✓ les vitamines et minéraux
- ✓ les produits à base de plantes/produits naturels
- ✓ tous les médicaments incluant ceux sans ordonnance

**Demandez à votre médecin, infirmière ou pharmacien de passer en revue tous vos médicaments pour voir si l'usage de certains peuvent être discontinués ou réduits.**

© 2016 ISMP, Canada

**ISMP** Institut pour la sécurité des médicaments aux patients  
**cpsi/icsp** Institut canadien pour la sécurité des patients  
**Canadian Society of Hospital Pharmacists** Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux  
**CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION / ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA**  
**MédicamentsSécuritaires.ca**

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) du Canada, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC), et coll. 5 questions à poser à propos de vos médicaments [Internet]. Toronto (Ont.) : ISMP Canada; 2016. Publié en collaboration avec l'ICSP et le PPSPC. Accessible sur le site Web : [https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedSafety\\_5\\_questions\\_to\\_ask\\_poster\\_fr.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedSafety_5_questions_to_ask_poster_fr.pdf).

# Annexe L : 5 questions à poser à propos de mes médicaments (pour les enfants)

5 questions à poser à propos de mes médicaments est une ressource sur la sécurité des médicaments qui aide les enfants et les jeunes à comprendre les questions qu'ils doivent poser lorsqu'ils reçoivent des médicaments de la part de prestataires de soins de santé (168). Cette ressource a été conçue en collaboration avec des enfants, leurs réseaux de soutien et des prestataires de soins de santé afin de faciliter les conversations sur les médicaments. La ressource 5 questions à poser sur mes médicaments est également offerte en [anglais](#).

Figure 9 : 5 questions à poser à propos de mes médicaments

**5** questions à poser à propos de mes médicaments

**Pourquoi ai-je besoin de ce médicament?**

**Quand dois-je le prendre?**

**Pendant combien de temps dois-je le prendre?**

**Comment ce médicament peut-il me faire sentir?**

**Quand dois-je revoir mon équipe de soins?**

Conserve une liste de tous tes médicaments.

Ne partage jamais tes médicaments avec d'autres personnes!

Conserve tes médicaments en lieu sûr.

Écris ou dessine tes questions ici : \_\_\_\_\_

MyMedRec

Télécharge cette application pour faire le suivi de tes médicaments.

ISMP  
Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) du Canada

MédicamentsSécuritaires.ca

CPSI-ICSP  
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)

PPSPC  
Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC)

Fait par des enfants, pour des enfants! © 2021 ISMP Canada

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) du Canada, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC). 5 questions à poser à propos de mes médicaments (pour les enfants) [Internet]. Toronto (Ont.) : ISMP Canada; 2021. Publié en collaboration avec l'ICSP et le PPSPC. Accessible sur le site Web : [https://safemedicationuse.ca/tools\\_resources/downloads/5QuestionsKids-FR.pdf](https://safemedicationuse.ca/tools_resources/downloads/5QuestionsKids-FR.pdf).

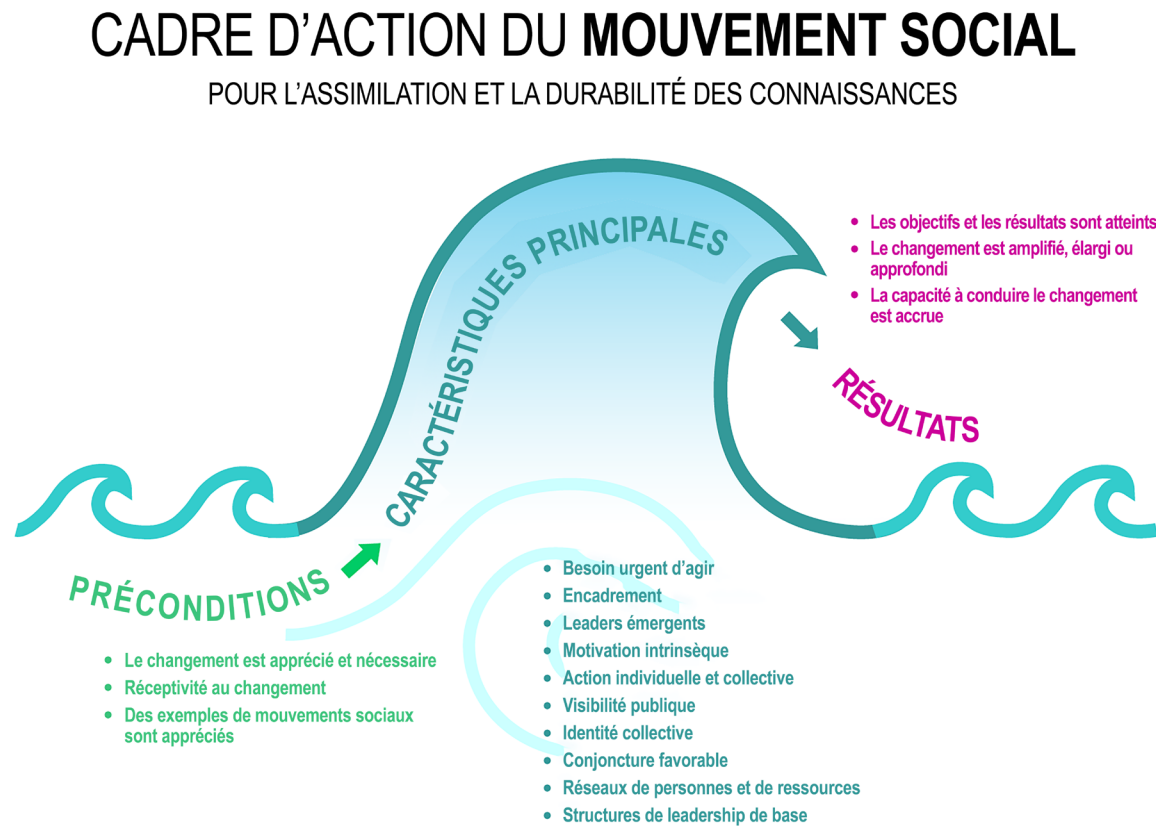
## Annexe M : Description de la *Trousse pour la conduite du changement*

Les LDPE ne peuvent être mis en œuvre et maintenus avec succès que si la planification, les ressources, les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et que s'il y a une facilitation appropriée. L'engagement et la participation active des responsables à titre officiel ou officieux (p. ex., les agents de changement et les champions des pairs) sont également essentiels. Pour encourager une mise en œuvre réussie et la durabilité, un comité d'experts internationaux d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs, de défenseurs des patients ou des personnes, de militants du mouvement social et d'administrateurs a élaboré la *Trousse pour la conduite du changement* (4). La Trousse se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. Nous recommandons la *Trousse pour la conduite du changement* pour guider la mise en œuvre de toute LDPE dans les organismes de soins de santé ou de services sociaux, y compris les établissements d'enseignement.

La *Trousse pour la conduite du changement* comprend deux cadres — le cadre d'action du mouvement social (1,2) et le cadre de mise en pratique des connaissances (3) — destinés aux agents et aux équipes de changement dirigeant la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interreliées. De sorte que l'un ou l'autre de ces cadres – le cadre d'action du mouvement social ou le cadre de mise en pratique des connaissances – peut être utilisé pour guider les initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation de ces deux cadres permet d'améliorer et d'accélérer le changement (1).

Le cadre d'action du mouvement social comprend des éléments de mouvements sociaux pour l'assimilation et la durabilité des connaissances qui ont démontré des répercussions puissantes et des effets à long terme. Fondé sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend seize éléments classés en conditions préalables (c.-à-d. ce qui doit être en place avant l'apparition du mouvement social), en caractéristiques clés (c.-à-d. ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et en résultats (c.-à-d. ce qui se produira probablement à la suite du mouvement social) (1, 169). Les trois catégories et éléments du cadre d'action du mouvement social sont présentés à la **figure 10**.

Figure 10 : Cadre d'action du mouvement social



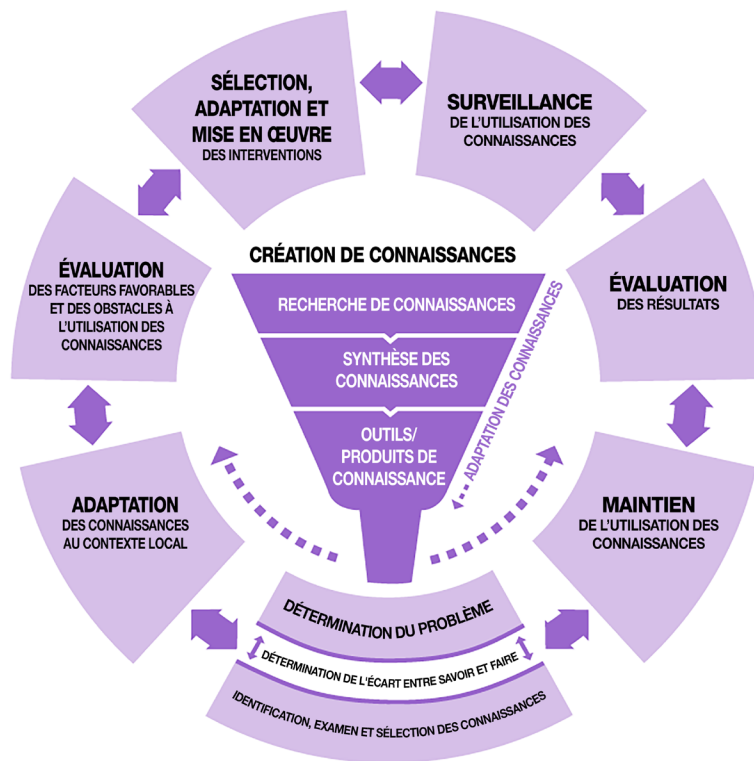
Source : Reproduit avec l'autorisation de : Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires JE, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Pract.* 9 oct. 2022;9(4):411-21.

Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires J. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal.* 2020.

Le cadre de mise en pratique des connaissances est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : le cycle du processus de création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les élaborateurs de lignes directrices utilisent pour cerner les résultats de données probantes critiques afin de créer un produit de connaissances comme une LDPE de l'AIIAO. Le cycle d'action est composé de sept phases au cours desquelles la connaissance créée est mise en œuvre, évaluée et maintenue (3). Plusieurs phases du cycle d'action peuvent se produire ou doivent être envisagées simultanément. Le cadre de mise en pratique est illustré à la **figure 11** (4).

Figure 11 : Cadre de mise en pratique des connaissances

## CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES



Source : Adapté avec l'autorisation de : Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [Internet]. 2006;26(1):13-24. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : [https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost\\_in\\_knowledge\\_translation\\_Time\\_for\\_a\\_map\\_3.aspx](https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map_3.aspx)

La mise en œuvre et le maintien des LDPE afin d'obtenir des changements de pratique réussis et des résultats positifs en matière de santé pour les patients ou les personnes et leurs familles, les prestataires, les organismes et les systèmes est une entreprise complexe. La *Trousse pour la conduite du changement* est une ressource fondamentale de mise en œuvre pour conduire ce processus. Elle peut être téléchargée ici [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit).



# Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO

## Équipe d'élaboration de la ligne directrice

**Lyndsay Howitt, inf.aut., M. en santé publique**  
Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices

Responsable principale, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Greeshma Jacob, inf. aut., M.Sc. inf.**  
Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices

Méthodologue de l'élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Giulia Zucal, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A.**

Responsable principale intérimaire, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Christine Buchanan, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Responsable principale intérimaire, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Amy Burt, inf.aut., M.Sc.**

Responsable principale, Élaboration de la ligne directrice et recherche, Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Glynis Gittens, B.A. (hon.)**

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Verity Scott, B.Sc.**

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Nafsin Nizum, inf. aut., M.Sc.Inf.**

Directrice associée, Élaboration et recherche des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## Équipe de science de mise en œuvre

**Stephanie Buchanan, inf.aut., M.Sc.santé Sc. inf.**

Gestionnaire de la science de mise en œuvre et méthodologiste de l'élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Kristen Campbell, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Gestion de science de mise en œuvre

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

### **Oliwia Klej, B.Spéc.Sc.**

Coordonnateur de projet, Science de mise en œuvre  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les  
pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

### **Jennifer Behun, inf.aut., CSIG(C)**

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue  
durée  
Programme des pratiques exemplaires en soins de longue  
durée  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

### **Sue Sweeney, inf.aut.**

Gestionnaire de programme, Organisations vedettes des  
pratiques exemplaires de l'AIIAO<sup>MD</sup> :  
Programme des pratiques exemplaires en soins de longue  
durée  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

### **Susan McNeill, AI, M. en santé publique**

Directrice associée, Mise en œuvre des lignes directrices et  
transfert de connaissances  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les  
pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Équipe pour le suivi et l'évaluation**

### **Christina Medeiros, inf.aut., B.Éd.Phys., B.Éd. Santé, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., candidate au doctorat**

Gestionnaire principale, évaluation et suivi  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les  
pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

### **Shanoja Naik, B.Sc., B.Éd.Santé, M.Sc., M.Phil., Ph. D.**

Scientifique principale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Illustrations**

### **Nishant Bajaj, B.Tech.**

Concepteur web et graphique  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Direction exécutive**

### **Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)**

Directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les  
pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

### **Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, Ordre de l'Ontario**

Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

## **Remerciements**

Revue externe des méthodes GRADE fournie par :

### **Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.**

Professeure agrégée  
Department of Health Research Methods, Evidence and  
Impact, McMaster University  
Directrice adjointe, Cochrane Canada

La recherche systématique a été effectuée par :

### **UHN HealthSearch**

# Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIAO

**Rhonda Crocker Ellacott, HBScN, M.A., Ed.D.**

Coprésidente du comité d'experts

Président et directeur général

Thunder Bay Regional Health Sciences Centre

Directrice générale

Institut régional de recherche en santé de Thunder Bay

Thunder Bay (Ont.)

**Shirlee Sharkey, B.Sc.Inf., B.A., M.Sc.S., CHE, LL.D. (hon.)**

Coprésidente du comité d'experts

Présidente et directrice générale

SE Health

Toronto (Ont.)

**Alykhan Abdulla, B.Sc., M.D., LMCC, CCFPC, DipSportMed CASEM, FCFPC, CTH (ISTM), CCPE, Masters Cert Phys Leader, ICDD**

Directeur médical, The Kingsway Health Centre, The

Kingsway Travel Clinic, The Kingsway Cosmetic Clinic

Professeur adjoint,

Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa

Ottawa (Ont.)

**Chantel Antone, inf.aut., B.Sc.Inf., MPEd**

Directrice principale, Bureau de l'inclusion et de la

responsabilité sociale (santé autochtone)

London Health Sciences Centre

London (Ont.)

**Susan Delisle Gosse, inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière autorisée

Cambridge (Ontario)

**Mary Egan, Ph. D., FCAOT, Erg. aut. (Ont.)**

Professeure et directrice de l'École des sciences de la

réadaptation, Université d'Ottawa

Scientifique, Institut de recherche Bruyère

Ottawa (Ont.)

**Cindy Fajardo, inf.aut., MSCHI**

Responsable de la conception clinique et de l'informatique

Santé de la population et systèmes de santé fondés sur les valeurs

Santé Ontario (OTN)

Peterborough (Ont.)

**Katherine Hambleton, inf. aut., AEMCA**

Vice-présidente des opérations

Ontario Paramedic Association

Toronto (Ont.)

**Sasha Hill**

Infirmière coordinatrice des soins palliatifs et des soins communautaires

Éducation et soins palliatifs pour les sans-abri (PEACH)

Inner City Health Associates

Toronto (Ont.)

**Sabina Iqbal, inf.aut., B.Sc.Inf., H.Spéc.Sc.**

Infirmière en pédiatrie

Hôpital McMaster pour enfants

Hamilton (Ont.)

**Sandra Li-James, B.Sc.Inf., M.Ed.**

(février 2022 à juin 2023)

Vice-président Qualité, pratiques exemplaires et Éducation et chef de direction des soins infirmiers

VHA Home HealthCare

Toronto (Ont.)

**Kimberly Moran, B.Com., CPA, CA**

Directrice générale

Ontario College of Family Physicians

Toronto (Ont.)

**Angeline Ng, RPh, B.Sc.PhM.**

Vice-présidente, Affaires professionnelles

Ontario Pharmacists' Association

Toronto (Ont.)

**Kathryn Nichol**, inf.aut., M.Sc.s., Ph. D.

(mars 2021 à février 2022)  
Président et directeur général  
VHA Home HealthCare  
Toronto (Ont.)

**Julie Perl**

Chair of the Family Council  
Villa Colombo Home for the Aged  
Toronto (Ont.)

**Carolyn Roberts**, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière navigatrice pour les patients autochtones  
L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa (Ont.)

**Suzanne Saulnier**, trav. soc. aut.

Directrice des services de soutien comportemental  
LOFT Community Services, Toronto  
Toronto (Ont.)

**Judy Smith**, B.Sc.Inf., M.Ed. (DE)

Co-présidente : Patient, Client, Caregiver  
Partnership Council  
Southlake Community Ontario Health Team

**Verónica Tíscar-González**, inf.aut., M.Sc.S.,  
Ph. D.

Coordonnatrice de la recherche et de l'innovation  
Bilbao-Basurto Integrated Healthcare Organization  
Biocruces Bizkaia Health Research Institute  
Présidente de l'Académie des sciences infirmières de Biscaye  
Pays basque, Espagne

**Jennifer Thomas**, trav. soc. aut., B.A., M.S.S.

Coordinatrice des soins  
Home and Care Support Services Toronto Central  
Toronto (Ont.)

**Dania Versailles**, AI, M. Sc. Inf., CPMHN(C)

Directrice, Services cliniques  
Association canadienne pour la santé mentale – Ottawa  
Ottawa (Ont.)

## Remerciements aux intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de cette ligne directrice, les participants ont fait part de leurs commentaires sur un large éventail d'organisations de services de santé et de services sociaux, d'établissements d'enseignements et de domaines et secteurs de pratique. Les participants comprenaient des membres du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des étudiants, des personnes ayant une expérience concrète, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds des services de santé. Des intervenants représentant divers points de vue ont également été invités à donner leur avis (voir l'**annexe C**). L'AIIAO souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de cette LDPE. Les intervenants qui ont participé à la révision ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente LDPE.

*Les personnes suivantes ont fourni des commentaires écrits sur le projet de LDPE.*

### Shana Alexander, inf.aut.

Infirmière autorisée  
Weeneebayko Area Health Authority  
Moose Factory (Ontario)

### Karimah Alidina, inf.aut., M.Sc.Inf.

Chef de direction des soins infirmiers  
Runnymede Healthcare Centre  
Toronto (Ont.)

### Loraine Anderson, inf.aut., B.Sc.Inf.

Spécialiste de l'amélioration continue de la qualité et de la réduction des risques  
Holland Christian Homes  
Brampton (Ont.)

### Gillian Armstrong, IP-Adulte, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CHPCN(C)

Infirmière praticienne en soins palliatifs  
Halton Healthcare  
Oakville (Ont.)

### Susan Cymbaluk, inf.aut.

Spécialiste en soins infirmiers de longue durée  
Practice, Innovation and Education Team,  
Region of Peel  
Mississauga/Brampton, ON

### Caroline Assouad, inf. aut., M.Sc.Inf., Cons. soins périnataux (C)

Formatrice clinique  
Unity Health Toronto  
Toronto (Ont.)

### Australian Nursing and Midwifery Federation (SA Branch)

Ridleyton, Australie-Méridionale

### Jason Bartell, inf.aut.(cat. spéc.), B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., IP-SSP

Infirmier praticien/responsable clinique  
Chatham-Kent Family Health Team  
Chatham (Ont.)

### Kim Brooks, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Directrice  
Hôpital de Timmins et du district  
Timmins, ON

### Rachael Beaver, inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée  
Unity Health Toronto  
Toronto (Ont.)

### Linda Silas, inf.aut., B.Sc.Inf.

Coordonnatrice de la sécurité des clients et des risques  
St. Joseph's Care Group  
Thunder Bay (Ont.)

### Marissa Bird, inf.aut., Ph. D.

Chercheuse postdoctorale  
Institut de recherche Lunenfeld-Tanenbaum, Sinai Health  
Toronto (Ont.)

### Teresa Birznieks, inf. aut.

Infirmière autorisée  
Scarborough (Ontario)

**Nancy Boaro, B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Liaison avec l'unité de santé publique, effectifs provinciaux  
Santé publique de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Kaelen Boyd, M.S.S., trav. soc. aut.**

Conseillère politique principale  
Association des travailleuses et travailleurs sociaux de  
l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Vonnie Burke, inf.aut., ICPSM(C)**

Inf.aut. gestionnaire des services intégrés aux clients  
Association canadienne pour la santé mentale  
Chatham (Ont.)

**Sarah Burns, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc., ICSC(C)**

Directrice de la pratique professionnelle et des soins intégrés  
CarePartners  
Kitchener (Ont.)

**Melissa Marie Bush Jara, inf.aut., M.B.A.**

Infirmière en chef  
Hospital del Trabajador  
Santiago, Chili

**Aimee Campbell, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

Enseignante en soins infirmiers  
Niagara Health System—Welland Hospital Site  
Niagara Falls, Ontario

**Joanne Campbell, inf.aut., B.Sc.Inf.**

Chargée de projet de la pratique professionnelle  
Centre régional de santé Southlake  
Newmarket (Ont.)

**Sherry Campbell, inf.aut., B.Sc.Inf., B.Ed.,  
M.Sc.Inf.**

Chef de file de la pratique clinique, Responsable des  
Organisations vedettes des pratiques exemplaires de  
l'AIIAO<sup>MD</sup>  
Lakeridge Health  
Oshawa (Ontario)

**Jennifer Cao, inf.aut., CCRN, M.Sc.Inf. Étudiante**

Responsable clinique OVPE  
Humber River Hospital  
Toronto (Ont.)

**Katharine Cecchin, inf.aut.**

Enseignante en soins infirmiers cliniques  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie (Ont.)

**Sonia Chahal, inf.aut., CNCCP(C)**

Infirmière diplômée/responsable conjointe de la qualité et  
de l'éducation  
The Hospital for Sick Children  
Toronto (Ont.)

**Rachael Chin-You, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Enseignante en soins infirmiers cliniques  
North York General Hospital  
North York (Ontario)

**Alanna Coleman, IP-SSP, M.Sc.Inf.**

Responsable intérimaire de la pratique clinique  
Solutions optimales de soins de retraite  
Mississauga (Ont.)

**Danielle Cornish, inf.aut., B.Sc.Inf.**

Gestionnaire des soins aux patients  
Hôpital régional de Sault  
Sault Ste Marie, Ontario

**Bianca Feitelberg**

Chef de projet, Partenariats stratégiques et innovation  
L'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario  
Toronto (Ont.)

**Lindsay Femiak, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.Inf.**

Consultante en pratique professionnelle  
Hôpital de Grand River  
Kitchener (Ont.)

**Susan Filax, inf.aut., B.Sc.Inf.**

Directrice de la pratique clinique et de l'informatique  
Spectrum Health Care  
Toronto (Ont.)

**Nicholas Fox, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

Enseignant en soins infirmiers cliniques  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ont.)

**Deborah Francis, inf. aut., M.Sc.Inf., ICSP(C)**

Chef de la pratique avancée  
SE Health  
Markham (Ontario)

**Bene Franquien, inf.aut.**

Consultante en pratique  
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada  
Halifax, Ontario

**Catherine Galbraith, B.Sc.Inf., inf.aut.**

Directrice des soins  
Golden Plough Lodge  
Cobourg, ON

**Cristina Gamboa Gil de Sola, inf.aut.**

Infirmière néonatale  
Servicio Murciano de Salud, Hospital General Universitario  
Santa Lucía  
Cartagena, Murcia, Espagne

**Danielle Gibbs, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

Infirmière autorisée  
London Health Sciences Centre  
London (Ont.)

**Louise Gilbert, inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC,  
Cons. Soins périnataux (C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Santé publique Ottawa  
Ottawa (Ont.)

**Heiwete Girma, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Infirmière navigatrice  
Women's College Hospital  
Toronto (Ont.)

**Esther González-María, inf.aut., MSc, Ph. D.**

Coordonnatrice des OVPE Host-Espagne  
Nursing and Health Care Research Unit, Investén-isciii  
Institute of Health Carlos III  
Madrid, Espagne

**Laurie Graham, inf.aut., M.Sc.Inf.-IP**

Chargée de cours et coordonnatrice du programme  
d'infirmières praticiennes  
Université de Dalhousie  
Halifax (N.-É.)

**Aleksandra Grzeszczuk, inf.aut., B.Sc.Inf.,  
CSIG(C)**

Administratrice  
Holland Christian Homes  
Brampton (Ont.)

**Julie Harris, IPA**

Infirmière auxiliaire autorisée  
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic  
North Bay, ON

**Maria Luisa Hernandez Gutierrez**

Superviseure  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Saragosse, Espagne

**Sandra Holmes, inf.aut., CSIG(C)**

Infirmière responsable  
St Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Courtney Houldsworth, inf.aut., B.Sc.Inf., BSc,  
Étudiante en M.Sc.Inf.**

Gestionnaire, résidence en soins infirmiers – pratique  
professionnelle  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie (Ont.)

**Lorrie Hudd, inf.aut.(EC), M.Sc.Inf.-IP-Adulte,  
CCNE**

Professeure, École d'infirmières, Niagara College  
Infirmière praticienne, Hôtel Dieu Shaver Health and  
Rehabilitation  
Grimsby, ON

**Tara Hyatt, M.A.**

Directrice régionale  
Central West Specialized Developmental Services  
Oakville (Ont.)



**Margaret Tersigni, inf.aut.(EC), M.Sc.Inf., CSIG(C)**

Médecine gériatrique/soins primaires  
Conestoga College Institute of Technology and Advanced Learning  
Kitchener (Ont.)

**Kimberly Johnston, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Chef de la pratique professionnelle  
William Osler Health System  
Brampton (Ont.)

**Willa Jones, inf.aut.**

Infirmière autorisée  
Solutions Staffing  
Vancouver, C.-B.

**Joana Maria Julià-Móra, inf.aut., MSc**

Infirmière en soins palliatifs  
Hôpital Manacor  
Manacor, Illes Balears, Espagne

**Lindsay Kellosalmi, PABP**

Directrice générale  
Paramedic Association of Canada  
Kelowna (C.-B.)

**Miran Kim, ICPSM(C)**

Infirmière en santé mentale  
Ministère du Solliciteur général  
Toronto (Ont.)

**Margery Konan, M.A.P.**

Responsable des soins intégrés  
East Toronto Health Partners  
Toronto (Ont.)

**Paula Lambert, inf.aut.**

Chef de pratique clinique  
Bayshore HealthCare  
New Lowell, Ontario

**Sierra Land, inf.aut., B.Sc.Inf.**

Infirmière autorisée, santé communautaire  
Georgian Bay Family Care Centre and Indigenous Services Canada  
Midland, ON

**Margaret Tersigni, inf.aut.(EC), M.Sc.Inf., CSIG(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Unity Health Toronto  
Toronto (Ont.)

**Crystal Lefebvre, I.A.A.**

Infirmière auxiliaire autorisée  
St. Joseph's Continuing Care Centre  
Cornwall (Ont.)

**Jennifer Lewis, inf.aut., CNCCP(C)**

Infirmière autorisée  
Children's Hospital of Eastern Ontario  
Ottawa (Ont.)

**Rashmy Lobo, inf.aut., M.Sc.Inf., ICS**

Président  
Association des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés de l'Ontario  
Mississauga (Ont.)

**Jessica Po Ying Lok, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Chef de pratique clinique  
Ontario Shores Centre for Mental Health Services  
Whitby (Ont.)

**Keisha Lovence, inf.aut., M.Sc.Inf., ACNP-BC, DPI**

Professeure agrégée  
Eastern Michigan University  
Ypsilanti, MI

**Ting Ma, inf.aut.**

The Second Hospital of Lanzhou University  
Lanzhou (Chine)

**Tanya MacDonald, inf.aut., B.Sc.Inf., CSIO(C)**

Chef de la pratique éducative  
Hôpital de Grand River  
Kitchener (Ont.)

**Patricia Malloy, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Coordonnatrice de l'amélioration de la qualité  
Emily's House  
Toronto (Ont.)

**Jasdeep Mangat**, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Infirmière en santé au travail  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ont.)

**Laura Matthews**, inf.aut., B.Sc.Inf., M. en santé publique

Gestionnaire en pratique clinique  
Municipalité régionale de Niagara  
Thorold, Ont.

**Kathy Mazza**, inf.aut., B.Sc.Inf.

Gestionnaire, excellence clinique,  
soins infirmiers et soutien personnel  
CBI Health  
Toronto (Ont.)

**Nicole McGrath**, inf.aut., M.Sc.Inf., IPSF-C, IIWCC-CAN

Infirmière clinicienne spécialisée  
Home and Community Care Support  
Services—Toronto Central  
Toronto (Ont.)

**Kathleen McKee**, inf.aut., M. en santé publique

Infirmière autorisée  
Centre Kingston des sciences de la santé  
Kingston (Ont.)

**Lori McNamara**, inf.aut., B.Sc.Inf.

Coordonnatrice des soins hospitaliers  
HCCSS-WW  
Cambridge (Ontario)

**Denika McPherson**, M.Sc.Inf.-NP, SSP-GH, CSI(C)

Infirmière praticienne  
Toronto (Ont.)

**Andrea Meghie**, inf.aut., M.Sc.Inf., EdD

Infirmière gestionnaire  
SE Health  
Markham (Ontario)

**Brenda Mundy** inf. aux. aut., inf. aut., B. Sc. Inf.

Gestionnaire de cas, programme BEGIN  
WeRPN  
Newmarket (Ont.)

**Jason Nguyen**, I.A.A.

Infirmière auxiliaire autorisée  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ont.)

**Carly O'Brien**, inf.aut.

Spécialiste de la sécurité des patients  
Unity Health Toronto  
Toronto (Ont.)

**Melika Onat**, inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée  
Toronto (Ont.)

**Alliah Over**, inf.aut., M.Sc.Inf.

Infirmier en santé publique  
Santé publique de la région de York  
Newmarket (Ont.)

**Kailyn Pasma**, B.Sc.Inf., inf.aut., ICSP(C)

Responsable clinique  
Queensway Carleton Hospital  
Ottawa (Ont.)

**Sapna Patel**, inf.aut., M.Sc.Inf.

Chef de la pratique avancée  
Baycrest Health Sciences  
Toronto (Ont.)

**Serhii Pinkevych**

Étudiante en soins infirmiers  
UNB-Humber Bachelor of Nursing Program  
Toronto (Ont.)

**Reeni Susan Rajan**, inf.aut., M.Sc.Inf.

Infirmière autorisée  
St Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Jennifer Reguindin**, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CSIG(C), CCNE

Chef de ressource clinique  
Michael Garron Hospital  
Toronto (Ont.)

**Tiziana Rivera, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc., CSIG, CHE**

Vice-présidente, qualité, recherche et  
Chef de la direction des soins infirmiers  
William Osler Health System  
Toronto (Ont.)

**Runxi Tian, inf.aut., M.Med.**

Directeur adjoint du département des soins infirmiers  
Hôpital Dongzhimen, affilié à  
Beijing University of Chinese Medicine  
Pékin, Chine

**Jenny Schiff, inf. aut. (cat. spéc.), B.Sc.Inf., M.Sc.  
Inf., CTE**

Infirmière praticienne en soins de santé primaires  
Haldimand Family Health Team  
Haldimand County, ON

**Nicole Serre, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Enseignante en soins infirmiers cliniques  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie (Ont.)

**Kelsey Shaw, inf.aut., M.Sc.Inf.**

Infirmière clinicienne spécialisée  
St Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Megan Simpson, inf.aut., M.A.**

Adjudicatrice médicale  
Emploi et développement social Canada  
Toronto (Ont.)

**Serena Sookraj, inf.aut.**

Infirmière autorisée  
William Osler Health System  
Bampton, ON

**Kathleen Sowinski, inf.aut., M. en santé  
publique-ISP**

Gestionnaire de programme clinique  
Association canadienne pour la santé mentale d'Ottawa  
Ottawa (Ont.)

**Lisa Stromquist**

Directrice associée, stratégie et engagement  
Soins de santé pour enfants Canada  
Ottawa (Ont.)

**Susanne Swayze, IAA**

Infirmière auxiliaire autorisée  
St Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Sarah Tam Lee, physiothérapeute, CHE, M.Sc. PT**

Directrice clinique, transformation des pratiques  
SE Health  
Markham (Ontario)

**Nitha Reno, inf.aut., M.Sc. Inf., CSIG(C), ICSP(C)**

Consultante en soins infirmiers  
Primacare Living Solutions  
Ontario

**Joyce Tsui, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Professeure en soins infirmiers  
Centennial College  
Toronto (Ont.)

**Lori Vandenberg, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

Instructrice clinique, conférencière et conseillère  
pédagogique  
Trent University  
Norwood, ON

**Pamela Belén Vidal López, inf.aut., M.Sc.**

Enfermera Gestión del Cuidado, Líder OVPE  
Hospital del Trabajador - ACHS  
Santiago, Chili

**Aarthi Visva, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.**

Chef de pratique clinique  
Scarborough Health Network  
Scarborough (Ontario)

**Xinglei Wang, inf.aut.**

Infirmière en chef adjointe  
The Second Hospital of Lanzhou University  
Lanzhou (Chine)

## Kaitlynn Wilkinson

Étudiante, B.Sc.Inf.  
Université Nipissing  
North Bay (Ontario)

## Susan Woollard, inf.aut., B.Sc.S., MAEd, CHE

Vice-présidente, services cliniques, qualité et soins de longue durée, chef des soins infirmiers  
North York General Hospital  
Toronto (Ont.)

## Susan Yates, inf.aut., Ph. D., CHE, FISQua

Directrice des services cliniques et infirmière en chef  
Service de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark  
Elgin, ON

## Stephanie Yi, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Professeure à temps partiel – Instructrice à temps partiel  
School of Nursing, McMaster University  
Hamilton (Ont.)

## Kerry Zimmer, B.Sc.Inf.

Clinicien en stage  
Georgian College  
Barrie (Ont.)

## Kasia Zurawski, inf.aut.

Enseignante en soins infirmiers cliniques  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie (Ont.)

## East Community Health and Wellness Collaborative

Le groupe champion OVPE ESO, basé dans la communauté et géré par le centre de santé communautaire de South Riverdale

*Les personnes suivantes ont fourni une rétroaction verbale sur le projet de LDPE par le biais de groupes de discussion ou de consultations individuelles.*

## Wendy Carroll, Éd. Petite enfance

Gestionnaire des services communautaires  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay (Ont.)

## Genevieve Catalan, inf.aut., B.Sc.Inf., CFCN, CWCN

Infirmière coordinatrice pré et postnatale  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay (Ont.)

## Cassandra Forget

Travailleuse sociale autochtone  
Chigamik Community Health Centre  
Midland, ON

## Earl McIvor

Coordonnateur de la gestion des données  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay (Ont.)

## Karli Storey, bacc.spéc., B.Ed., OCT

Promotrice de la santé  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay (Ont.)

## Kendra Walt, inf.aut., B.Sc.Inf.

Directrice, Health and Community Services  
Anishnawbe Mushkiki  
Thunder Bay (Ont.)

## Représentants des services de santé de Mnaamodzawin

Little Current, ON

## Représentants des OVPE ESO suivantes :

ESO Archipel, ESO Chatham-Kent, ESO East Toronto Health Partners, ESO Maamwesying, ESO Nipissing Wellness, ESO North Western Toronto, ESO Sarnia Lambton et ESO Southlake Community.

Enfin, Santé Ontario, Organisation de normes en santé et Excellence en santé Canada ont eu l'occasion d'examiner les projets de déclarations de recommandation et d'indicateurs et ont fait part de leurs commentaires.

# Lettres de soutien et d'appui



People powered health™

Mercredi 20 septembre 2023

D<sup>re</sup> Doris Grinspun, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, Ordre de l'Ontario  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

D<sup>re</sup> Grinspun,

L'Organisation de normes en santé (HSO) est ravie d'approuver la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) intitulée Transitions dans les soins et les services, deuxième édition. HSO soutient l'AIIAO dans la diffusion de ce travail important. La ligne directrice soutient des transitions sûres et efficaces dans les soins pour les enfants, les adultes et leur réseau de soutien.

HSO se concentre sur l'élaboration de normes, de programmes d'évaluation et d'autres outils destinés à aider les prestataires de soins à sauver et à améliorer des vies. HSO se concentre sur les personnes qui font fonctionner les systèmes de santé dans le monde entier : les patients, les prestataires de soins et les décideurs politiques. Nous sommes convaincus que notre approche de la conception des produits, des normes et des évaluations, centrée sur les personnes, fait une réelle différence dans l'amélioration de la qualité et des résultats en matière de santé.

Nous remercions l'AIIAO pour ce travail important qui fera la différence pour le personnel infirmier et les autres équipes interprofessionnelles de soins de santé. Cette ressource fondée sur des données probantes contribuera à répondre aux besoins des patients, des prestataires de soins et des décideurs politiques.

Félicitations pour cette contribution importante!

Sincères salutations,

Directrice générale, Programmes mondiaux

Nelea Lungu  
Directrice générale intérimaire, Agrément canadien

Organisation de normes en santé  
1150, chemin Cyrville  
Ottawa (Ontario) K1J 7S9  
Canada

Tél. : 613 738-3800

[healthstandards.org](http://healthstandards.org)



Le 9 mai 2023

D<sup>re</sup> Doris Grinspun, IA, B. Sc. Inf., MSI, Ph. D., LLD (honorifique), D<sup>re</sup>. h.c., D.H.C., FAAN, FACS, O Ont  
Présidente-directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)  
4211 Yonge Street, Toronto (Ontario) M2P 2A9

Docteure Grinspun,

Excellence en santé Canada (ESC) se réjouit d'offrir son soutien à la deuxième édition des lignes directrices sur les pratiques exemplaires Les transitions dans les soins et les services de l'AIIAO.

ESC travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. Favoriser des transitions de soins sûrs et de qualité est l'une des priorités d'ESC. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs et équitables par des partenariats authentiques avec différents groupes, dont des patients et patientes, des proches aidants, des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des prestataires de services de santé.

Bon nombre de nos programmes visent à assurer des transitions de soins sûres et équitables, notamment les suivants : [Faire le pont vers la maison](#), [Présence de la sécurité](#), [Essentiels ensemble](#), [Environnements propices à la participation](#) et [TeamSTEPPS Canada](#).

Nous vous remercions de nous avoir donné l'occasion d'offrir nos commentaires sur ces lignes directrices pour améliorer les transitions de manière collaborative. Excellence en santé Canada (ESC) salue l'action de l'AIIAO dans l'élaboration de ces lignes directrices fondées sur des données probantes qui appuieront des transitions de soins coordonnées et centrées sur la personne. La mise en œuvre de ces lignes directrices contribuera également à éliminer les obstacles à l'orientation dans le système et à promouvoir un accès équitable aux services. Nous félicitons l'AIIAO pour son leadership et son engagement à promouvoir des transitions sûres et de qualité.

Respectueusement,

Kim Kinder  
Directrice Programmes d'innovation en santé



Le 19 mai 2023

D<sup>re</sup> Doris Grinspun  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)  
4211, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2P 2A9

**Objet : Soutien et approbation de la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulée *Transitions dans les soins et les services*.**

D<sup>re</sup> Grinspun,

L'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO) est heureux d'offrir son soutien et son appui à la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulée *Transitions dans les soins et les services*.

L'AFHTO travaille d'arrache-pied pour soutenir la mise en œuvre et la croissance des équipes interprofessionnelles de soins primaires en promouvant les pratiques exemplaires, en transmettant les leçons apprises et en défendant les intérêts des équipes à travers l'Ontario. Les faits et l'expérience montrent que les soins primaires complets en équipe donnent de meilleurs résultats pour les patients et les prestataires de soins. Des soins primaires de grande qualité sont également plus rentables pour les systèmes de santé.

Lorsqu'il s'agit de fournir des soins opportuns, accessibles et complets, il faut une équipe. Les soins primaires en équipe impliquent des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des diététiciens et d'autres professionnels, qui travaillent tous en collaboration pour soutenir les patients et leur bien-être. Grâce aux soins primaires en équipe, les Ontariens ont accès à une équipe de prestataires de soins qui les connaissent, eux, leur famille et leur histoire, afin de répondre à leurs besoins de santé et à leurs besoins sociaux quotidiens. Les soins primaires en équipe conduisent à :

- Un accès aux soins en temps opportun;
- Une meilleure coordination des soins;
- Une baisse de visites à l'hôpital;
- Des économies pour le système de santé.

La ligne directrice sur les *transitions dans les soins et les services* reconnaissent le rôle essentiel que jouent les soins primaires dans l'accompagnement des personnes en transition dans le système de santé.

L'AFHTO félicite l'AIIAO et le groupe d'experts pour le leadership dont ils ont fait preuve dans l'élaboration de cette importante ligne directrice.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink that reads 'Bryn Hamilton'.

Bryn Hamilton  
Présidente et directrice générale (intérimaire), AFHTO







Le 25 juillet 2023

D<sup>re</sup> Doris Grinspun, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, Ordre de l'Ontario  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)  
4211, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2P 2A9

D<sup>re</sup> Grinspun,

L'Organisation vedette en pratiques exemplaires de l'équipe de santé de l'Ontario de Chatham-Kent (OVPE ESO) est heureuse d'offrir son soutien et son appui à la ligne directrice sur les pratiques exemplaires *Transitions dans les soins et les services, deuxième édition* de l'AIIAO. Ce guide fournit des recommandations fondées sur des données probantes pour les infirmières et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les organisations et le système de santé. Plus précisément, les recommandations soutiennent des transitions sûres et efficaces dans les soins pour les enfants, les adultes et leur réseau de soutien.

Notre objectif à l'OVPE ESO Chatham – Kent est de rassembler les partenaires de soins de santé de tous les secteurs, y compris les hôpitaux, les soins à domicile et communautaires, les soins primaires, les soins de longue durée et les agences de soutien communautaire, afin de fournir des soins continus et entièrement coordonnés aux patients, tout en créant un système plus efficace. Notre vision d'atteindre ensemble la meilleure santé et le meilleur bien-être est le moteur de nos efforts. La LDPE sur les *transitions dans les soins et les services* de l'AIIAO nous permettront de fournir des soins collaboratifs, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne lorsque nous soutenons les personnes pendant les transitions dans les soins.

Félicitations pour cette importante contribution au système de soins de santé. Nous sommes convaincus que cette LDPE soutiendra les personnes et leur réseau de soutien lors des transitions dans les soins.

Cordialement,

Comité directeur de l'équipe de santé collaborative de l'Ontario de Chatham-Kent  
(y compris les 15 partenaires signataires)



Le 2 juin 2023

D<sup>re</sup> Doris Grinspun, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, Ordre de l'Ontario  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)  
4211, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2P 2A9

D<sup>re</sup> Grinspun,

L'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario est ravi d'appuyer la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulée *Transitions dans les soins et les services*.

L'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario existe pour soutenir les 4 millions d'aidants naturels de l'Ontario, des personnes ordinaires qui apportent un soutien physique et émotionnel à un membre de leur famille, à leur partenaire, à un ami ou à un voisin. Cette ligne directrice reconnaît le rôle essentiel que jouent les aidants dans le soutien aux personnes lors des transitions de soins et la nécessité de veiller à ce que leurs besoins en matière de renseignement et de soutien soient satisfaits de manière adéquate lors des transitions de soins. La collaboration avec les personnes recevant des soins, les aidants et les autres membres du réseau de soutien d'une personne est essentielle lors de toute transition dans les soins.

Nous félicitons l'AIIAO pour la publication de cette ligne directrice ainsi que pour son leadership et son engagement à améliorer la sécurité et la qualité des transitions dans les soins.

Cordialement,

Amy Coupal,  
Directrice générale  
Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario

180, rue Dundas West, bureau 1425, Toronto (Ontario) M5G 1Z8  
416 362-2273 E [info@ontariocaregiver.ca](mailto:info@ontariocaregiver.ca) [ontariocaregiver.ca](http://ontariocaregiver.ca)

# Références

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Diriger le changement par le biais du mouvement social. *Registered Nurse Journal*. 2020.
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Pract*. Oct. 2022;9(4):411–21.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
4. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Trousse pour la conduite du changement [Internet]. 3e édition. Toronto (Ontario) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web (en anglais seulement) : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)
5. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Transitions des soins [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2014.
6. Embuldeniya G, Gutberg J, Sibbald SS, et coll. The beginnings of health system transformation: how Ontario Health Teams are implementing change in the context of uncertainty. *Health Policy*. Déc. 2021;125(12):1543–9.
7. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Nurse practitioner task force: vision for tomorrow [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2021. Accessible sur le site Web : [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP\\_TF\\_Feb\\_25\\_FINAL\\_3.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf)
8. Pinelli V, Stuckey HL, Gonzalo JD. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: a qualitative study of patients' and providers' perceptions. *J Interprof Care*. 2017;31(5):566–74.
9. Gouvernement de l'Ontario. Ontario Health Teams: guidance for health care providers and organizations [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : [https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance\\_doc\\_en.pdf](https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_en.pdf)
10. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). LPSR : champ d'application et actes autorisés [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2018. Accessible sur le site Web : [https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/51052\\_rhpa-b.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/51052_rhpa-b.pdf)
11. Lois et règlements Dans : Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario (OTSTTSO). [En ligne]. Toronto (Ont.) : OTSTTSO; c2023. Accessible sur le site Web : <https://www.ocswsw.org/fr/lordre-en-bref/loi-et-reglements/>
12. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). La collaboration avec les prestataires de soins non réglementés [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2013. Accessible sur le site Web : [https://cno.org/globalassets/docs/prac/51014\\_workingucp.pdf](https://cno.org/globalassets/docs/prac/51014_workingucp.pdf)
13. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système Toronto (Ont.) : RNAO; 2013. Accessible sur le site Web : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare>
14. We believe in the transformative power of peer support. Dans : Peer Support Canada [Internet]. Toronto (Ont.) : Peer Support Canada; c2023. Accessible sur le site Web : <https://peersupportcanada.ca/>
15. Community Living British Columbia (CLBC). Support networks: a guide for self advocates [Internet]. Vancouver (C.-B.) : CLBC; 2010. Accessible sur le site Web : <https://www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/2018/02/Support-Networks-A-Guide-for-Self-Advocates.pdf>

16. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et coll. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid-Based Med.* 15 avril 2022;bmjebm-2022-111962. Accessible sur le site Web : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2022-111962>
17. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et coll. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol.* 1<sup>er</sup> janvier 2022;141:161–71.
18. Guyatt G, Schunemann H.J., Djulbegovic B., et coll. « Guideline panels should not GRADE good practice statements ». *J Clin Epidemiol.* vol 68, n° 5 (2015), p. 567 à 600.
19. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [en ligne]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur le site Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
20. Neumann I, Santesso N, Akl EA, et coll. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol.* Avril 2016;72:45–55.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691–729.
22. Bienvenue dans la bibliothèque des indicateurs de Qualité des services de santé Ontario. Dans : Santé Ontario [Internet]. [lieu inconnu] : Santé Ontario; c2023. Accessible sur le site Web : <https://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Search/FR#>
23. RNAO Mental Health and Substance Use Best Practices Program. Dans : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2023. Accessible sur le site Web : [RNAO.ca/in-focus/mental-health-substance-use](https://rnao.ca/in-focus/mental-health-substance-use)
24. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D et coll. « Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians » : NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh.* 2012;25(2):26–37.
25. Qualité des services de santé Ontario Transitions entre l'hôpital et la maison : soins aux personnes de tous âges [Internet]. Toronto (Ont.) : HQO; 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-fr.pdf>
26. Communiqué de presse : Le gouvernement du Canada investit 26 millions de dollars pour éviter que les patients tombent dans l'oubli. Dans : Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 19 juillet 2019 Accessible sur le site Web : <https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2019/07/le-gouvernement-du-canada-investit-26-millions-de-dollars-pour-eviter-que-les-patients-tombent-dans-loubli.html>
27. Williams LJ, Waller K, Chenoweth RP, et coll. Stakeholder perspectives: communication, care coordination, and transitions in care for children with medical complexity. *J Spec Pediatr Nurs.* Janv. 2021;26(1):e12314.
28. Transitions dans les soins. Dans : Instituts de recherche en santé du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : IRSC; 8 août 2021. Accessible sur le site Web : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/50971.html>
29. op 't Hoog SAJJ, Dautzenberg M, Eskes AM, et coll. The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: a qualitative study. *Aust Crit Care.* Nov. 2020;33(6):526–32.
30. Shuster C, Hurlbert A, Tam P, et coll. Unplanned hospital readmissions in British Columbia. *BC Med J* [Internet]. 2018;60(5). Accessible sur le site Web : [https://bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ\\_Vol60\\_No5\\_hospital\\_readmissions.pdf](https://bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_Vol60_No5_hospital_readmissions.pdf)

31. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Toutes les réadmissions à l'hôpital [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; c1996-2023. Accessible sur le site Web : <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/006/all-patients-readmitted-to-hospital;/mapC1;mapLevel2/>
32. Prestataires de soins de santé primaires, 2019 [Internet]. Dans : Statistique Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 22 oct. 2020. Accessible sur le site Web : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-fra.htm>
33. Núñez A, Sreeganga SD, Ramaprasad A. Access to healthcare during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2980.
34. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'équité en santé : Parlons-en Antigonish (N.-É.) : St. Francis Xavier University; 2013. Accessible sur le site Web : <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>
35. Jones B, James P, Vijayasiri G, et coll. Patient perspectives on care transitions from hospital to home. *JAMA Netw Open*. 6 mai 2022;5(5):e2210774.
36. Virapongse A, Misky GJ. Self-identified social determinants of health during transitions of care in the medically underserved: a narrative review. *J Gen Intern Med*. Nov. 2018;33(11):1959–67.
37. Hewner S, Casucci S, Sullivan S, et coll. Integrating social determinants of health into primary care clinical and informational workflow during care transitions. *EGEMS (Wash DC)*. 2017;5(2):2.
38. Kiran T, Wells D, Okrainec K, et coll. Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home — brainstorming results from group concept mapping: a patient-oriented study. *CMAJ Open*. 25 fév. 2020;8(1):E121–33.
39. Campagna V, Mitchell E, Krsnak J. Addressing social determinants of health: a care coordination approach for professional case managers. *Prof Case Manag*. Déc. 2022;27(6):263.
40. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, et coll. Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 10 nov. 2021;18(22):11801.
41. Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. Accessible sur le site Web : [https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels\\_a\\_l-Action\\_French.pdf](https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf)
42. Lafortune C, Elliott J, Egan MY, et coll. The rest of the story: a qualitative study of complementing standardized assessment data with informal interviews with older patients and families. *Patient*. Avril 2017;10(2):215–24.
43. Coller R, Klitzner T, Lerner C, et coll. Complex care hospital use and postdischarge coaching: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2018;142(2).
44. Balaban R, Zhang F, Vialle-Valentin C, et coll. Impact of a patient navigator program on hospital-based and outpatient utilization over 180 days in a safety-net health system. *J Gen Intern Med*. 2017;32(9):981.
45. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. Oct. 2015;24(10):608–10.

46. Les ODD en action. Dans : Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) [Internet]. New York (NY) : PNUD; c2023. Accessible sur le site Web : <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
47. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). La relation thérapeutique, édition 2006 [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2019. Accessible sur le site Web : [https://cno.org/globalassets/docs/prac/51033\\_nurseclient.pdf](https://cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf)
48. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO). The practice guide: medical professionalism and college policies. Toronto (Ont.) : CPSO; 2021. Accessible sur le site Web : <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/physician/polices-and-guidance/practice-guide/practice-guide.pdf>
49. Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario (OTSTTSO). Code de déontologie et manuel des normes d'exercice, deuxième édition [Internet]. Toronto (Ont.) : OTSTTSO; 2008. Accessible sur le site Web : <https://www.ocswsw.org/wp-content/uploads/Code-de-deontologie-et-normes-dexercice-7-septembre-2018.pdf>
50. Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE), Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE), Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada [Internet]. [lieu inconnu] : ACORE, ACPUE, ACE; 2021. Accessible sur le site Web : <https://caot.ca/document/7678/Competencies%20for%20Occupational%20Therapists%20in%20Canada%202021%20-%20Final%20FR%20HiRes.pdf>
51. Sather EW, Iversen VC, Svindseth MF, et coll. Patients' perspectives on care pathways and informed shared decision making in the transition between psychiatric hospitalization and the community. *J Eval Clin Pr.* 2019;25(6):1131–41.
52. Schusselé Filliettaz S, Moiroux S, Marchand G, et coll. Transitional shared decision making processes for patients with complex needs: a feasibility study. *J Eval Clin Pract.* Déc. 2021;27(6):1326–34.
53. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 2021. Accessible sur le site Web : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
54. Abu HO, Anatchkova MD, Erskine NA, et coll. Are we “missing the big picture” in transitions of care? Perspectives of healthcare providers managing patients with unplanned hospitalization. *Appl Nurs Res.* Déc. 2018;44:60–6.
55. Callister C, Jones J, Schroeder S, et coll. Caregiver experiences of care coordination for recently discharged patients: a qualitative metasynthesis. *West J Nurs Res.* Août 2020;42(8):649–59.
56. Topham EW, Bristol A, Luther B, et coll. Caregiver inclusion in IDEAL discharge teaching: implications for transitions from hospital to home. *Prof Case Manag.* 2022;27(4):181–93.
57. Okrainec K, Hahn-Goldberg S, Abrams H, et coll. Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study. *CMAJ Open.* 11 juillet 2019;7(3):E478–83.
58. New PW, McDougall KE, Scroggie CPR. Improving discharge planning communication between hospitals and patients. *Intern Med J.* 2016;46(1):57–62.
59. Cadel L, Kuluski K, Overall AC, et coll. Recommendations made by patients, caregivers, providers, and decision-makers to improve transitions in care for older adults with hip fracture: a qualitative study in Ontario, Canada. *BMC Geriatr.* 7 avril 2022;22(1):291.
60. LaBedz SL, Prieto-Centurion V, Mutso A, et coll. Pragmatic clinical trial to improve patient experience among adults during transitions from hospital to home: the PARTNER study. *JGIM J Gen Intern Med.* Déc. 2022;37(16):4103–11.

61. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Normes professionnelles [Internet]. Édition révisée 2002. Toronto (Ont.) : CNO; 2002. Accessible sur le site Web : [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006\\_profstds.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006_profstds.pdf)
62. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *J Adv Nurs*. Nov. 2017;73(11):2547–57.
63. Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, et coll. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *Gerontologist*. 1<sup>er</sup> oct. 2017;57(5):880–9.
64. Gotlib Conn L, Zwaiman A, DasGupta T, et coll. Trauma patient discharge and care transition experiences: identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury*. 1<sup>er</sup> janv. 2018;49(1):97–103.
65. Bobay KL, Weiss ME, Oswald D, et coll. Validation of the registered nurse assessment of readiness for hospital discharge scale. *Nurs Res*. Juillet 2018;67(4):305–13.
66. Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, et coll. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *J Pediatr Nurs*. Mai 2017;34:58–64.
67. Mehraeen P, Jafaraghaee F, Paryad E, et coll. Comparison of nurses' and patients' readiness for hospital discharge: a multicenter study. *J Patient Exp*. 1<sup>er</sup> janv. 2022;9:23743735221092550.
68. Déterminants sociaux de la santé. Dans : Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : AIIC; c2023. Accessible sur le site Web : <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/outils-et-ressources-sur-les-soins-infirmiers/determinants-sociaux-de-la-sante>
69. Joseph R, Brown-Manhertz D, Ikwuazom S, et coll. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. Janv. 2016;14(1):108–39.
70. Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP). Modèle de normes de pratique des pharmaciens et techniciens en pharmacie au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : NAPRA; 2009. Accessible sur le site Web : <https://www.napra.ca/wp-content/uploads/2022/09/NAPRA-MSOP-Feb-2022-FR-final.pdf>
71. Smith LM, Keiser M, Turkelson C, et coll. Simulated interprofessional education discharge planning meeting to improve skills necessary for effective interprofessional practice. *Prof Case Manag*. Mars 2018;23(2):75–83.
72. Goldman J, MacMillan K, Kitto S, et coll. Bedside nurses' roles in discharge collaboration in general internal medicine: disconnected, disempowered and devalued? *Nurs Inq*. Juillet 2018;25(3):e12236.
73. Geese F, Schmitt KU. Interprofessional collaboration in complex patient care transition: a qualitative multi-perspective analysis. *Healthcare*. 27 janv. 2023;11(3):359.
74. Otsuka S, Smith J, Pontiggia L, et coll. Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations. *J Interprof Care*. Fév. 2019;33(1):32–7.
75. Lobchuk M, Bell A, Hoplock L, et coll. Interprofessional discharge team communication and empathy in discharge planning activities: a narrative review. *J Interprofessional Educ Pract*. Juin 2021;23:100393.
76. Goldman J, Reeves S, Wu R, et coll. A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *J Interprof Care*. 3 mars 2016;30(2):217–25.
77. Farrell TW, Supiano KP, Wong B, et coll. Individual versus interprofessional team performance in formulating care transition plans: a randomised study of trainees from five professional groups. *J Interprof Care*. 4 mai 2018;32(3):313–20.



78. Cadel L, Sandercock J, Marcinow M, et coll. A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res.* 3 déc. 2022;22(1):1472.
79. Baldwin S, Zook S, Sanford J. Implementing posthospital interprofessional care team visits to improve care transitions and decrease hospital readmission rates. *Prof Case Manag.* 2018;23(5):264–71.
80. Reidt S, Holtan H, Larson T, et coll. Interprofessional collaboration to improve discharge from skilled nursing facility to home: preliminary data on postdischarge hospitalizations and emergency department visits. *J Am Geriatr Soc.* Sept. 2016;64(9):1895–9.
81. Low L, Tan S, Ng M, et coll. Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: a randomized controlled trial. *PloS One.* 2017;12(1):e0168757.
82. Schubert CC, Myers LJ, Allen K, et coll. Implementing geriatric resources for assessment and care of elders team care in a veterans affairs medical center: lessons learned and effects observed. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(7):1503–9.
83. Enzinger L, Dumanoir P, Boussat B, et coll. Direct phone communication to primary care physician to plan discharge from hospital: feasibility and benefits. *BMC Health Serv Res.* Déc. 2021;21(1):1352.
84. Paolini D, Bonaccorsi G, Lorini C, et coll. Careggi Re-Engineered Discharge project: standardize discharge and improve care coordination between healthcare professionals. *Int J Qual Health Care.* 5 août 2022;34(3):mzac060.
85. Krol ML, Allen C, Matters L, et coll. Health optimization program for elders: improving the transition from hospital to skilled nursing facility. *J Nurs Care Qual.* 2019;34(3):217–22.
86. Moore A, Krupp J, Dufour A, et coll. Improving transitions to postacute care for elderly patients using a novel video-conferencing program: ECHO-Care Transitions. *Am J M.Ed..* 2017;130(10):1199–204.
87. Ozavci G, Bucknall T, Woodward-Kron R, et coll. A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Res Soc Adm Pharm.* 1 fév. 2021;17(2):273–91.
88. Organisation mondiale de la santé (OMS). Medication safety in transitions in care [Internet]. Genève (Suisse) : WHO; 2019. Accessible sur le site Web : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
89. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Norme d'exercice : médicaments [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2022. Accessible sur le site Web : [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51007\\_medstds.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51007_medstds.pdf)
90. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, et coll. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 août 2018;2018(8):CD010791.
91. Santé Ontario. Sécurité des médicaments : Soins dans tous les milieux. [En ligne]. Toronto (Ont.) : Santé Ontario; 2021. Accessible sur le site Web : <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-fr.pdf>

92. Phillips K. Accreditation Canada forthcoming required organizational practice: maintaining an accurate medication list at all care transitions [Internet]. Message to: Lyndsay Howitt. 15 juin 2023.
93. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Norme d'exercice : Code de conduite [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2019. Accessible sur le site Web : [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040\\_code-of-conduct.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf)
94. Thompson MP, Podila PSB, Clay C, et coll. Community navigators reduce hospital utilization in super-utilizers. *Am J Manag Care*. 2018;24(2):70–6.
95. Johnson S, Lamb D, Marston L, et coll. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;392(10145):409.
96. Carter J, Hassan S, Walton A, et coll. Effect of community health workers on 30-day hospital readmissions in an accountable care organization population: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e2110936–e2110936.
97. Rose L, Istamboulian L, Carriere L, et coll. Program of integrated care for patients with chronic obstructive pulmonary disease and multiple comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2018;51(1):1701567.
98. Reeves M, Fritz M, Woodward A, et coll. Michigan stroke transitions trial: a clinical trial to improve stroke transitions. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019;12(7):e005493.
99. Samuels EA, Kelley L, Pham T, et coll. "I wanted to participate in my own care": evaluation of a patient navigation program. *West J Emerg Med*. 2021;22(2):417–26.
100. Ng A, Wong F. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2017;55(1):1–11.
101. Kidd SA, Virdee G, Mihalakakos G, et coll. The welcome basket revisited: testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatr Rehabil J*. 2016;39(4):335–42.
102. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):307.
103. Seaberg D, Elseroad S, Dumas M, et coll. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2017;24(11):1327–33.
104. Xiang X, Zuverink A, Rosenberg W, et coll. Social work-based transitional care intervention for super utilizers of medical care: a retrospective analysis of the bridge model for super utilizers. *Soc Work Health Care*. 2019;58(1):126–41.
105. Prise de décision partagée Dans : Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE) [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; c2023. Accessible sur le site Web : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
106. Qualité des services de santé Ontario La réalité des personnes soignantes : La détresse chez les personnes soignantes de patients recevant des soins à domicile [Internet]. Toronto (Ont.) : HQO; 2016. Accessible sur le site Web : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-fr.pdf>
107. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, et coll. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med*. Mai 2018;16(3):225–31.

108. Teach-back: intervention. Dans : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [En ligne]. Rockville (MD) : AHRQ; [mise à jour nov. 2021]. Accessible sur le site Web : <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage/interventions/teachback.html>
109. Taylor SPM, Murphy SD, Rios AN, et coll. Effect of a multicomponent sepsis transition and recovery program on mortality and readmissions after sepsis: the improving morbidity during post-acute care transitions for sepsis randomized clinical trial. *Crit Care Med*. Mars 2022;50(3):469–79.
110. Pang RK, Srikanth V, Snowdon DA, et coll. Targeted care navigation to reduce hospital readmissions in “at-risk” patients. *Intern Med J*. 2021 Nov 29. doi : 10.1111/imj.15634
111. Mitchell SE, Reichert M, Martin Howard J, et coll. Reducing readmission of hospitalized patients with depressive symptoms: a randomized trial. *Ann Fam Med*. 5 juin 2022;20(3):246–54.
112. Logan McCallum MJ, Perry A. Structures of indifference: an Indigenous life and death in a Canadian city. Winnipeg (Manitoba) : University of Manitoba Press; 2018.
113. Wylie L, McConkey S, Corrado AM. It’s a journey not a check box: Indigenous cultural safety from training to transformation. *Int J Indig Health* [Internet]. 19 janv. 2021;16(1). Accessible sur le site Web : <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/33240>
114. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013. p. 110–20.
115. Bilan comparatif des médicaments (BCM). Dans : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) Canada. [En ligne]. Toronto (Ont.) : ISMP; [date inconnue; cité le 8 juil 2022]. Accessible sur le site Web : <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>
116. Rey M., Grinspun D., Costantini L. et coll. « The anatomy of a rigorous best practice guideline development process ». Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31–68.
117. Projet de loi 59, Loi de 2018 sur la reconnaissance de l’apport des aidants naturels [Internet]. Toronto (Ont.) : Assemblée législative de l’Ontario; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-59>
118. Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario (CPSO), groupe consultatif de citoyens (CAG). Guide de continuité des soins pour les patients et les soignants [Internet]. Toronto (Ont.) : CPSO; 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.cpso.on.ca/CPSO/media/Documents/physician/polices-and-guidance/policies/french-translations/guide-continuite-soins-pour-patients-et-soignants.pdf>
119. Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN). FNHA’s Policy Statement on Cultural Safety and Humility [Internet]. West Vancouver (C.-B.) : Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN); [date inconnue]. Accessible sur le site Web : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
120. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. Londres (R.-U.) : NICE; 1<sup>er</sup> déc 2015. Accessible sur le site Web : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>

121. Primary Health Care Integration Network, Alberta Health Services. Alberta's home to hospital to home transitions guideline [Internet]. Edmonton (Alberta) : Primary Health Care Integration Network, Alberta Health Services; 2020. Accessible sur le site Web : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/phc/if-hp-phc-phcin-hthth-guideline.pdf>
122. Dijkers M. « Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development ». *KT Update*. 2013;1(5):1–9.
123. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2) : Manuscript 4.
124. Définition d'un DSE Dans : cyberSanté Ontario [Internet]. [lieu inconnu] : cyberSanté Ontario; c2008-2023. Accessible sur le site Web : <https://ehealthontario.on.ca/fr/patients-and-families/ehrs-explained>
125. Liu C, Wang D, Liu C, et coll. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. Mai 2020;8(2):e000351.
126. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 22 fév. 2006;1(1):1.
127. Organisation des Nations unies (ONU). United Nations permanent forum on Indigenous issues: who are Indigenous peoples? [En ligne]. New York (NY) : UN; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session\\_factsheet1.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf)
128. Collectivités autochtones de l'Ontario. Dans : Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [mis à jour le 4 novembre 2021]. Accessible sur le site Web : <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1603371542837/1603371807037>
129. Commencez à partir de la situation dans laquelle vous vous trouvez : Norme Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes. Dans : Organisation de normes en santé (HSO) [Internet]. Ottawa (Ont.) : HSO; c2023. Accessible sur le site Web : <https://healthstandards.org/fr/systemesanteintegre/>
130. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et coll. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. version 6.3 [Internet]. [lieu inconnu] : Cochrane; 2022. Accessible sur le site Web : [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook)
131. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2015. Accessible sur le site Web : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
132. Organigramme Prisma. Dans : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website [Internet]. [lieu inconnu] : PRISMA; c2023. Accessible sur le site Web : <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
133. Hedges C, Williams B. *Anatomy of research for nurses*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2014.
134. Société Alzheimer du Canada. Troubles neurocognitifs et comportements réactifs [Internet]. Toronto (Ont.); Société Alzheimer du Canada; 2019. Accessible sur le site Web : [https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Conversations-troubles-neurocognitifs-et-comportements-re%CC%81actifs\\_Socie%CC%81te%CC%81-Alzheimer-Canada.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Conversations-troubles-neurocognitifs-et-comportements-re%CC%81actifs_Socie%CC%81te%CC%81-Alzheimer-Canada.pdf)
135. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC). Best practices for heart disease and stroke: a guide to effective approaches and strategies [Internet]. Atlanta (Georgia) : CDC; 2022. Accessible sur le site Web : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/122290>

136. Social determinants of health. Dans : Organisation mondiale de la santé (OMS) [Internet]. Genève (Suisse) : WHO; 2022. Accessible sur le site Web : <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
137. Baker C, Ogden SJ, Prapaipanich W, et coll. Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life cycle. *J Nurs Adm.* 1999;29(3):11–20.
138. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Approches axées sur les forces en matière de recherche sur les Autochtones et élaboration d'indicateurs de bien-être [Internet]. Ottawa (Ont.) : FNIGC; 2020. Accessible sur le site Web : [https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA-FR\\_v2.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA-FR_v2.pdf)
139. Poole N, Urquhart C, Jasiura F, et coll. Trauma-informed practice guide [En ligne]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur le site Web : [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
140. Santé Canada. « Certaines circonstances » : Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; c2001 Accessible sur le site Web : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessible-soins-sante/certaines-circonstances-equite-sensibilisation-systeme.html#part3tc2>
141. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et coll. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839-42.
142. Schunemann HJ, Wierioch W, Brozek J, et coll. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol.* 2017;81:101–10.
143. About RNAO. Dans : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) [Internet]. Toronto (Ont.) : AIIAO; c2023. Accessible sur le site Web : [RNAO.ca/about](https://www.rnao.ca/about)
144. Pai M, Santesso N, Yeung CHT, et coll. Methodology for the development of the NHF-McMaster Guideline on Care Models for Haemophilia Management. *Haemophilia.* 2016;22(S3):17–22.
145. The Cochrane Collaboration. RoB 2: a revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials [Internet]. [lieu inconnu] : Cochrane; 2020. Accessible sur le site Web : <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
146. Sterne J, Hernán M, Reeves B, et coll. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ.* 2016, 355 : i4919.
147. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et coll. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049–51.
148. Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, et coll. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401–6.
149. Welch VA, Akl EA, Guyatt GH, et coll. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol.* 2017;90:59–67.
150. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Les soins infirmiers en pratique avancée : Un cadre pancanadien [Internet]. Ottawa (Ont.) : CNA; 2019. Accessible sur le site Web : [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/UploadedImages/05255e6e-9517-43bc-8bc1-f1768316d4e5/Documents/Advanced\\_Practice\\_Nursing\\_framework\\_FR.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/UploadedImages/05255e6e-9517-43bc-8bc1-f1768316d4e5/Documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_FR.pdf)

151. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, et coll. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 218–38.
152. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1–e7.
153. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):740–5.
154. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(17):1–13.
155. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014;21(2):114–22.
156. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983–93.
157. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(3):345–58.
158. Grinspun D, McConnell H, Virani T, et coll. Forging the way with implementation science. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 96–116.
159. Thompson L. Accreditation Canada - NQIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto (Ont.); 2018.
160. À propos d’Agrément Canada. Dans : Agrément Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agrément Canada; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : <https://accreditation.ca/ca-fr/a-propos/?acref=self>
161. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future. Dans : Wisconsin Nurses Association (WNA) [Internet]. [lieu inconnu] : WNA; c2021. Accessible sur le site Web : <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
162. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AllAO). Pratiquer l’éducation dans les soins infirmiers [En ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2016. Accessible sur le site Web : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing>
163. Gouvernement de l’Ontario. Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l’Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l’Ontario; 2021. Accessible sur le site Web : <https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-de-valeurs-des-patients-familles-personnes-soignantes-pour-lontario>
164. About PODS. Dans : OpenLab [Internet]. [lieu inconnu] : OpenLab; 2019. Accessible sur le site Web : <https://pods-toolkit.uhopenlab.ca/about/>

165. Hahn-Goldberg S, Huynh T, Chaput A, et coll. Implementation, spread and impact of the Patient Oriented Discharge Summary (PODS) across Ontario hospitals: a mixed methods evaluation. BMC Health Serv Res. Déc. 2021;21(1):361.
166. Mon plan de soins de transition © (MTCP). Dans : Behavioural Supports Ontario (BSO) [Internet]. [lieu inconnu] : BSO; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : <https://brainxchange.ca/MTCP>
167. Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) Canada. Guide du bilan comparatif des médicaments pour le secteur des soins primaires de l'Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : ISMP Canada; 2015. Accessible sur le site Web : <https://www.ismp-canada.org/primarycaremedrecguide/about.htm>
168. 5 questions à poser à propos de vos médicaments. Dans : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) Canada. Toronto (Ont.) : ISMP Canada; [date inconnue]. Accessible sur le site Web : <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM/5questions.htm>
169. Walker L, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Vol. 6. Upper Saddle River (NJ): Pearson/Prentice Hall; 2019.













**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER  
LES SOINS INFIRMIERS  
PAR LA CONNAISSANCE

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

Pour plus de renseignements sur  
cette ligne directrice, visitez :



ISBN 978-1-926944-84-5



9 781926 944845



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



Ontario