

TRANSFERT DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION INTERQUARTS

Émetteur Direction des soins infirmiers (DSI), Direction des services multidisciplinaires (DSM),
Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP)

Direction responsable Direction des soins infirmiers (DSI), Direction des services multidisciplinaires (DSM),
Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP)

Destinataires Communauté du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie
– Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS)

Entrée en vigueur 2019-05-01

Adopté par Comité des directeurs adjoints

Date 2019-02-12

Mise à jour 2022-06-22

Signature Original signé par :

Robin-Marie Coleman, directrice générale adjointe au programme de santé physique
générale et spécialisée (DGA-PSPGS)

Table des matières

1. Mise en contexte	1
2. Objectifs	2
3. Définition des termes	2
4. Champs d'application	3
5. Cadre de référence	3
6. Procédure	3
7. Rôles et responsabilités	8
8. Ouvrages consultés	10
9. Dispositions finales	11
Annexe A - Historique des versions	12
Annexe B - Méthode SBAR ou SAER	13
Annexe C - Exemple communication entre infirmière en CHSLD lors du transfert de l'information avec le SBAR	13
Annexe D - Exemple de document pour le transfert de l'information pour un département/unité/service	15

1. Mise en contexte

La continuité de l'information est vitale pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des services. La présente procédure vise à définir et encadrer le processus de transfert de l'information interquarts au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Elle vise à préciser la manière optimale de transmettre l'information afin de permettre une prise en charge rapide des usagers en assurant le continuum de soins et de services, tout en diminuant le risque d'omettre de l'information importante.

Cette procédure fournit des orientations concernant les meilleures pratiques en matière de transfert de l'information interquarts.

Par cette procédure, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS démontre l'importance accordée au transfert de l'information interquarts en tant que partie intégrante de la prestation sécuritaire des soins et des services.

2. Objectifs

Les objectifs de la présente procédure sont de :

- 2.1** Fournir les standards et principes à respecter pour assurer un transfert de l'information efficace lors d'interquarts.
- 2.2** Assurer la normalisation des outils et des processus qui s'y rattachent.

3. Définition des termes

Début et fin de l'épisode de soins et services : Le début d'un épisode de soins et/ou de services correspond officiellement à l'enregistrement, à l'inscription ou à l'admission d'un usager. La fin d'un épisode de soins et/ou de services correspond officiellement au moment où les objectifs de soins ou de services sont atteints conformément à l'offre de service prédéfinie et reconnue ou lorsqu'il y a un refus de traitement de l'usager.

Émetteur : Personne qui produit ou transmet de l'information.

Intervenant : Membres des équipes de soins infirmiers, professionnels de la santé et des services sociaux, et membres de l'équipe, médecins/médecins résidents, en charge de l'usager qui ont la responsabilité totale ou partielle d'un usager ou d'un groupe d'usagers, temporairement ou de façon durable.

Point de transition : Moment où l'usager change d'équipe de soins ou de services ou d'emplacement (ex. : début et fin de l'épisode de soins et/ou de services, transfert de soins [interquarts] ou de services, transfert d'installation ou d'établissement, etc.)¹. Cela implique un transfert de la responsabilité de la totalité ou d'une partie des aspects des soins et des services d'un usager ou d'un groupe d'usagers, temporairement ou de façon durable^{2,3}.

Rapport interquarts : Procédé important de partage d'information entre les quarts de travail à l'intérieur d'un même département/unité/service, afin d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins et/ou services offerts aux usagers.

Récepteur : Personne qui reçoit l'information transmise.

Transfert de l'information entre les membres de l'équipe : Partage de l'information concernant un usager ou un groupe d'usagers entre intervenants. S'applique autant dans un contexte intra que multi ou interdisciplinaire.

Transfert de l'information interquarts: Transfert de l'information entre intervenants d'une même discipline, lors des changements de quarts de travail dans un même département/unité/service.

¹ Agrément Canada (2018). Pratiques organisationnelles requises – Livret 2018, 2^e version janvier 2019, Qmentum. Transfert de l'information aux points de transition des soins, p. 42.

² Association canadienne de protection médicale (2018). Guide des bonnes pratiques. Communications – Transferts. [en ligne] accédé le 2018-02-14 de https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/what_is_a_handover-f.html

³ British Medical Association, NHS Modernisation Agency, NHS National Patient Safety Agency. (2004). Guidance on clinical handover for clinicians and managers. p. 7.

4. Champs d'application

Cette procédure s'applique lorsque les soins et services sont transférés d'un intervenant à l'autre mais que l'utilisateur demeure dans le même département/unité/service.

La présente procédure s'applique :

- Aux équipes de soins infirmiers, professionnels de la santé et des services sociaux et membres de l'équipe en charge de l'utilisateur qui ont la responsabilité totale ou partielle d'un utilisateur ou d'un groupe d'utilisateurs, temporairement ou de façon durable;
- Les médecins/médecins résidents sont exclus.
- À tous les outils ou processus en lien avec le transfert de l'information interquarts.
- À toutes les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- À tous les changements de quarts de travail.

5. Cadre de référence

La présente procédure s'inscrit en continuité avec la directive sur le transfert de l'information aux points de transition au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le cadre légal émane de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) qui énonce le *droit de toute personne à recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats [...], avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire* (Art. 5) et précise la *fonction des établissements d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins [...]* (Art. 100).

Des dispositions sont également prévues dans le Code des professions (RLRQ, c. 26), la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (RLRQ, c. P-34.1) et le règlement sur la gestion Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, c.S-5, r. 5). Le lecteur est prié de se référer à la directive pour de plus amples informations sur le cadre légal.

Tout professionnel doit se référer à son code de déontologie pour connaître et appliquer les obligations spécifiques à sa profession.

6. Procédure

6.1 Finalité

Lors d'interquarts, le transfert efficace de l'information clinique de façon structurée, complète et concise vise à :

- Assurer la continuité des soins et des services;
- Diminuer le risque d'erreurs;
- Transférer la responsabilité en tout ou en partie entre les intervenants de manière sécuritaire;
- Identifier les utilisateurs instables afin qu'ils soient prioritaires;
- Orienter la priorisation des tâches pour les intervenants qui prennent la relève;
- Planifier la suite des traitements et/ou des interventions ainsi que les suivis et la surveillance requise;
- Assurer la continuité des communications avec l'utilisateur et/ou ses proches.

6.2 Préalables

- L'information nécessaire au transfert interquarts doit être colligée tout au long du quart de travail et pas uniquement au moment du transfert.

- Une documentation complète du dossier de l'utilisateur à l'aide des différents formulaires cliniques est requise, mais ne se substitue pas à un transfert de l'information efficace. Leur bonne utilisation aide à la continuité des soins et des services. Ces formulaires comprennent notamment mais non exclusivement : les plans d'interventions, les plans thérapeutiques infirmiers, les notes d'évolution.

6.3 Personnes impliquées

- Le département/unité/service détermine les personnes qui doivent participer au transfert de l'information interquarts. Toutes les personnes pertinentes, peu importe leur statut, devraient être impliquées.
- Un transfert multidisciplinaire est encouragé dans la mesure du possible. Cependant, le personnel infirmier et les professionnels de la santé et des services sociaux doivent se transmettre l'information spécifique à leur champ de compétence et nécessitent donc des moments particuliers et réservés au transfert d'information propre à leur discipline.
- Les responsabilités et les tâches doivent être déléguées de manière appropriée. Les tâches doivent être attribuées aux personnes les plus compétentes dans le meilleur intérêt de l'utilisateur et pour assurer une utilisation optimale du temps de l'équipe disponible, en tenant compte de la charge de travail globale et des autres exigences de l'équipe.
- La participation des usagers et/ou ses proches est encouragée selon le contexte et la pertinence clinique.

6.4 Moment

- L'heure ou le moment prévu pour le transfert de l'information doit être déterminé et connu des personnes qui doivent y participer.
- Le personnel impliqué dans le transfert doit avoir un moment alloué et un temps suffisant pour permettre le transfert de l'information. Des efforts doivent être faits pour protéger le moment prévu pour le transfert de l'information.
- Les personnes doivent être présentes, disposées et à l'heure lors des transferts de l'information.
- Les interruptions inutiles doivent être évitées pendant le moment ou l'heure prévus pour le transfert de l'information.
- La documentation nécessaire au transfert de l'information doit être disponible au moment ou à l'heure prévue.
- Dans les périodes d'activités accrues, des transferts d'information additionnels peuvent être considérés pour supporter l'équipe, reprioriser la charge de travail et identifier des usagers nouvellement à risque ou dont l'état se détériore.

6.5 Lieu

- Le transfert de l'information doit avoir lieu à un endroit désigné.
- Le transfert de l'information doit se faire dans un espace ou un emplacement de taille suffisante pour permettre la présence de tous les participants.
- L'espace ou l'emplacement doit permettre d'assurer la confidentialité de l'information échangée.
- L'espace ou l'emplacement doit permettre de limiter les distractions et les interruptions.
- Le transfert de l'information en présence de l'utilisateur et/ou ses proches ou à son chevet est encouragé lorsque pertinent.
- Les outils nécessaires au transfert de l'information doivent être disponibles à l'endroit prévu.

6.6 Méthode

6.6.1 Déterminée et standardisée

Pour être efficace, la méthode en vigueur dans un département/unité/service doit être connue et utilisée par tous les membres de cette équipe.

La méthode utilisée doit être standardisée, c'est-à-dire qu'elle a une structure et un format prédéfini. La standardisation permet de ne pas oublier d'éléments importants et permet à la personne qui reçoit l'information de reconnaître dans quel ordre les informations arrivent de sorte que si un élément est manquant, il sera plus facile à identifier. La méthode privilégiée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS est la méthode SBAR ou SAER ([voir annexe B](#)). Bien que la structure du modèle soit déterminée, la façon de l'appliquer peut être modulée selon la nature de soins et des services.

Cette méthode peut également être utilisée lors d'une communication entre des professionnels différents, par exemple, entre l'infirmière et le médecin ou entre l'inhalothérapeute et l'infirmière ([voir à titre de modèle l'annexe C](#)). Elle peut également être utilisée pour transférer l'information entre professionnels lors des pauses et du temps de repas.

Une harmonisation est souhaitable dans une même installation pour aider le personnel issu des équipes de remplacements à s'approprier les outils.

6.6.2 Verbalement et par écrit

Le transfert de l'information se déroule en personne, face à face. Il est supporté par une documentation déjà existante et écrite dans le dossier de l'utilisateur.

L'information écrite sert de référence pour le récepteur.

Les transferts verbaux permettent une discussion et une vérification croisée entre l'émetteur et le récepteur pour s'assurer que l'information fournie a été comprise.

Parfois, le transfert téléphonique peut être approprié, par exemple lorsque le travail n'a pas lieu à un seul endroit. Cependant, une documentation appropriée devra toujours être disponible.

6.6.3 Information à transmettre

L'information doit être recueillie et disponible au dossier de l'utilisateur avant l'interquarts afin d'assurer l'efficacité du transfert. Selon le contexte, cette information peut comprendre ce qui suit :

- L'identification de l'utilisateur et certains renseignements (nom et prénom, numéro de dossier/RAMQ, âge, date de naissance, etc.);
- Les coordonnées des prestataires de soins ou de services (nom et prénom, fonction, département/unité/service, etc.);
- L'information pertinente concernant l'état de santé de l'utilisateur (incluant son état, la problématique et le traitement/procédure, et les actions à entreprendre);
- Les objectifs de l'utilisateur;
- La médication;
- Les examens/laboratoires/procédures en attente;
- Les préoccupations liées à la sécurité de l'utilisateur référé (ex. : allergies, risque de chutes, risque suicidaire, risque obstruction respiratoire, risque d'agressivité,

risque de décompensation, mesures de contrôle, isolement et prévention des infections);

- Les recommandations;
- Les coordonnées des contacts importants (ex. : la famille, le médecin de famille);
- Les conditions particulières liées à la personne et à son environnement. (ex. : régime de protection (type de régime), représentant légal, mandat en cas d'incapacité, ordonnance de traitement et/ou d'hébergement, présence de stress post-trauma, dynamique familiale conflictuelle ou particulière, événement significatif, épisode psychotique).

Les interventions de routine et toutes les données se situant dans la normalité (signes vitaux, glycémie capillaire, examen, résultat de laboratoire, etc.) ne font normalement pas partie de l'information transmise.

Les tâches qui ne sont pas encore terminées doivent être clairement comprises et priorisées par la personne qui prend la responsabilité de l'utilisateur.

De façon générale, l'utilisation de l'outil SBAR ou SAER permet aux intervenants de bien définir l'information à transmettre selon la pertinence de celle-ci dans un contexte donné.

6.6.4 Avec rétroaction

Les transferts doivent permettre une discussion et une vérification croisée entre l'émetteur et le récepteur pour s'assurer que l'information fournie a été comprise. Le receveur doit avoir l'occasion de poser des questions d'éclaircissement.

6.6.5 Particularités lors du transfert d'un grand groupe d'utilisateurs

Dans ces cas, l'information à transmettre vise la coordination des soins et services et la continuité des activités. Elle doit inclure, selon le contexte, l'information qui peut avoir une influence sur la prestation et l'organisation des soins et des services aux utilisateurs comme par exemple :

- Le nombre d'utilisateurs «à prendre» en charge;
- Une présentation des utilisateurs qui pourraient avoir besoin de suivi particulier (état instable ou à risque);
- Les consultations et examens prévus ou potentiels;
- Les nouvelles admissions et celles prévues;
- Les congés et ceux prévus;
- Rapport de mortalité dans les dernières 24 heures (ou pendant la fin de semaine);
- Absence de personnel à signaler;
- Équipement brisé ou à faire attention;
- Autres avis ou problèmes à surveiller.

Un exemple est présenté à l'annexe D

6.7 Documentation

La documentation standardisée d'aide au transfert (formulaire, grille, autres outils) permet d'éviter de recourir à la mémoire pour retenir l'information et assure une rétention optimale de l'information transmise par rapport à un transfert verbal uniquement. De plus la documentation laisse une trace écrite permettant de mesurer l'efficacité des transferts lors d'audits.

- Le résumé écrit du transfert de l'information ne doit pas devenir un substitut au dossier de l'utilisateur. Aucune nouvelle information ne devrait être documentée sur un formulaire de transfert d'information, toutes les actions, interventions doivent déjà être documentées au dossier de l'utilisateur;
- La conservation de la documentation (au dossier de l'utilisateur ou dans les dossiers administratifs) doit respecter les règles en vigueur.

6.8 Évaluation et amélioration

En raison de la complexité du système de santé, il est difficile de prédire complètement les effets de toute intervention pour améliorer un processus. La rétroaction permet d'apporter des correctifs et des améliorations en lien avec l'évolution des contextes cliniques et des pratiques.

Le transfert de l'information interquartats doit faire l'objet d'une évaluation par le département/unité/service en se basant sur les éléments identifiés dans la présente procédure.

L'évaluation peut comprendre, par exemple, l'une ou l'autre des méthodes suivantes.

- Audits réalisés par les membres du personnel :
 - Durant le transfert de l'information;
 - Révision de la documentation complétée lors des transferts;
- Tests de connaissance ou de satisfaction à l'endroit du personnel;
- Analyse d'incidents, d'accidents ou d'événement sentinelle;
- Sondages de satisfaction des usagers.

Des ajustements doivent être apportés suite à l'évaluation afin d'améliorer les zones vulnérables identifiées dans l'évaluation. Les résultats de l'évaluation ainsi que les améliorations doivent être communiquées aux membres du personnel.

L'amélioration peut émaner d'une démarche planifiée, d'un besoin de l'équipe ou des usagers, d'un incident évité de justesse ou d'un accident.

L'évaluation et l'amélioration doivent se réaliser aux deux ans, ou minimalement une fois par cycle d'agrément avec les autres types de transfert de l'information aux points de transition.

6.9 Formation

La formation se donne par les membres des équipes selon l'identification des gestionnaires.

Les nouveaux membres du personnel doivent être introduits à cette procédure lors de leur orientation.

7. Rôles et responsabilités

- 7.1** Directions adjointes DSI, DSM et DSP du volet qualité et évolution de la pratique
- 7.1.1 Exercent un leadership en vue d'assurer l'encadrement, la coordination, et le contrôle de la qualité de la pratique du transfert de l'information aux points de transition, effectués par les employés sous leur gouverne;
 - 7.1.2 Animent, en collaboration avec la DQEPP, les instances et les travaux associés au transfert de l'information aux points de transition dans leurs champs de compétences respectifs.
- 7.2** Conseillers cadres désignés du volet qualité et évolution de la pratique DSI, DSM:
- 7.2.1 Assurent une vigie des meilleures pratiques;
 - 7.2.2 Identifient les outils transversaux nécessaires pour appuyer le transfert de l'information aux points de transition, et en soutiennent le développement;
 - 7.2.3 Offrent, aux directions de programmes cliniques, du soutien et des conseils à la mise en place des outils, et des processus de transfert de l'information aux points de transition.
- 7.3** Direction adjointe à la qualité et à la sécurité des soins et des services (DAQSSS)
- 7.3.1 Offre, en collaboration avec la direction adjointe des soins infirmiers (DASI), la direction adjointe des services multidisciplinaires (DASM), et la direction des services professionnels adjointe (DSPA) volet qualité de la pratique, un soutien aux directions dans le développement et l'implantation des processus.
- 7.4** Conseiller cadre désigné de la DAQSSS:
- 7.4.1 En collaboration avec la DSP et les conseillers cadres désignés du volet qualité et évolution de la pratique DSI, DSM, contribue à la vigie des meilleures pratiques, incluant le soutien au développement des outils transversaux pour le transfert de l'information aux points de transition;
 - 7.4.2 Facilite, en collaboration avec les conseillers cadres désignés du volet qualité de la pratique DSM et DSI, la coordination du comité d'amélioration continue sur le transfert de l'information aux points de transition.
- 7.5** Comité d'amélioration continue – Transfert de l'information aux points de transition
- 7.5.1 Assure une vigie sur les processus du transfert de l'information aux points de transition dans l'organisation;
 - 7.5.2 Facilite la coordination et la collaboration interdirection;
 - 7.5.3 Détermine un plan d'action tactique pour faciliter la mise en œuvre des bonnes pratiques du transfert de l'information aux points de transition dans l'organisation;
 - 7.5.4 Fournit aux gestionnaires, coordonnateurs et chefs de service des outils, des méthodes et des guides transversaux, afin que ceux-ci puissent évaluer et améliorer le transfert de l'information dans leur département/unité/service;
 - 7.5.5 Définit et suit des indicateurs de performance;

7.5.6 Produit un bilan annuel de ses réalisations à l'instance de pilotage de la qualité des soins et des services (IPQSS).

7.6 Directions cliniques

7.6.1 Assurent l'appropriation et la mise en application de cette procédure auprès de leur direction;

7.6.2 Désignent les membres de leur direction qui auront pour fonction de soutenir le développement et la mise en place des processus harmonisés, pour le transfert de l'information aux points de transition dans leur direction;

7.6.3 Valorisent les bonnes pratiques de transfert de l'information aux points de transition, comme faisant partie intégrante des opérations de leur direction;

7.6.4 S'assurent que les procédures de transfert de l'information aux points de transition qui s'appliquent dans leur direction, sont conformes aux orientations du comité d'amélioration continue;

7.6.5 S'assurent que leur personnel soit formé au transfert de l'information aux points de transition;

7.6.6 Maintiennent une collaboration interdirection, permettant de résoudre les enjeux et améliorer le transfert de l'information dans tout le continuum de soins et services.

7.7 Gestionnaires, superviseurs, coordonnateurs, chefs de département/unité/service

7.7.1 Implantent des outils et des processus harmonisés pour le transfert de l'information aux points de transition, s'assurent qu'ils sont conformes à la présente procédure, et assurent le suivi de leur utilisation;

7.7.2 S'assurent que tout le personnel connaît, et a accès à cette procédure;

7.7.3 S'assurent que les membres du personnel comprennent leurs rôles et leurs responsabilités;

7.7.4 Effectuent les vérifications nécessaires des processus de leur(s) service(s), afin d'aider le personnel à réussir leur transfert de l'information;

7.7.5 S'assurent que la fluidité et la continuité des soins et services sont maintenues durant les processus de transfert de l'information;

7.7.6 Évaluent régulièrement l'efficacité du transfert de l'information dans leur département/unité/service, afin d'y apporter des améliorations, le cas échéant (vigie opérationnelle);

7.7.7 Peuvent déterminer, en complémentarité aux outils transversaux disponibles, des outils locaux pour appuyer le transfert de l'information dans leur département/unité/service.

7.8 Intervenants

7.8.1 En respectant les règles de confidentialité, à titre d'émetteurs :

- Transmettent l'information requise pour assurer la continuité des soins et des services aux usagers;
- Transmettent des informations conformes aux principes de cette procédure;

- Utilisent les outils développés et mis en place pour préparer et faire le transfert de l'information;
- Respectent le processus de transfert de l'information établi;
- Sont ponctuels et totalement disponibles pour les transferts de l'information auxquels ils sont assignés.

7.8.2 À titre de récepteurs de l'information, ils :

- Utilisent les outils développés et mis en place pour prendre connaissance de l'information;
- Respectent le processus de transfert de l'information établi;
- Sont ponctuels et totalement disponibles pour les transferts de l'information auxquels ils sont assignés;
- Acceptent la responsabilité de la réception de l'information, afin d'assurer la continuité des soins et des services;
- Valident l'information et la compréhension de l'information reçue, le cas échéant.

7.9 Usagers et proches

7.9.1 Questionnent et discutent avec les intervenants, afin d'être en mesure de prendre des décisions de manière libre et éclairée liées à sa santé;

7.9.2 S'assurent de bien comprendre l'information partagée et au besoin peuvent être assistés d'une personne de leur choix pour les aider à comprendre leur condition, ainsi que les soins et services offerts.

8. Ouvrages consultés

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2011). Implementation Toolkit for Clinical Handover Improvement.
- Black Country Partnership NHS Foundation Trust. (2016). Clinical handover.
- British Medical Association, NHS Modernisation Agency, NHS National Patient Safety Agency. (2004). Guidance on clinical handover for clinicians and managers. p 7..
- Agrément Canada. (2018 2^e version). Pratiques organisationnelles requises (POR). Livret 2018. Qmentum.
- Government of Western Australia. (2012). WA Health Clinical Handover Policy. November.
- Government of Western Australia. (2013). WA Health Clinical Handover Policy. November.
- Johns Hopkins University. (2011). Guidelines for patients handoffs. School of Medicine, Graduate Medical Education Committee.
- Somerset Partnership NHS Foundation Trust. (2012). Handover policy for inpatients wards.
- The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. (2015). Clinical Handover Policy.

9. Dispositions finales

9.1 Version antérieure

Non applicable.

9.2 Prochaine révision

La présente procédure doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Création	Geneviève Pinard, conseillère cadre à la qualité et à la sécurité des soins et des services, DQEPP Christian Bellemare, conseiller cadre clinique, DSM-VQEP Linda Dieleman, conseillère cadre clinicienne en soins infirmiers, DSI-VQEPP	Février - juillet 2018
Consultation avec commentaires	Comité d'amélioration continue – Transfert de l'information aux points de transition	Juillet - août 2018
Consultation avec commentaires	Conseil des infirmières et infirmiers (CII) Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) Conseil multidisciplinaires (CM) Comité des usagers du centre intégré (CUCI) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	2018-11-08 au 2019-01-04
Révision avec modifications	Geneviève Pinard, conseillère cadre à la qualité et à la sécurité des soins et des services, DQEPP Christian Bellemare, conseiller cadre clinique, DSM-VQEP Linda Dieleman, conseillère cadre clinicienne en soins infirmiers, DSI-VQEPP Nadia Leboeuf, conseillère cadre à la qualité et à la sécurité des soins et des services, par intérim, DQEPP	2019-01-05 au 2019-03-27
Adoption	Comité des directeurs adjoints	2019-02-12
Mise à jour		2022-06-22

Annexe B - Méthode SBAR ou SAER

S = Situation

B = Background (Antécédents)

A = Assessment (Évaluation)

R = Recommandation

Ce moyen mnémotechnique est utilisé dans de nombreuses situations de communication, y compris dans les soins de santé lors des rapports interquarts de travail. En français, l'acronyme utilisé peut être SAER.

Date et heure du transfert d'information :		
<h1>S</h1> <p>Situation : Que se passe-t-il présentement ? Bref énoncé du problème.</p>	Département/unité/service : Identification de l'utilisateur : Âge : Chambre : Nom et coordonnées de la personne qui appelle : Problème actuel : Date du début du problème ou des symptômes : État : <input type="radio"/> Stable <input type="radio"/> Instable <input type="radio"/> Sous surveillance Statut RCR :	
<h1>A</h1> <p>Antécédents : Quels facteurs/événements ont menés à cet état/problème ? Information pertinente reliée à la situation.</p>	Date d'admission : Diagnostic à l'admission : Connu des services pour et depuis : Antécédents médicaux, allergies, médication, informations pertinentes : État mental :	
<h1>E</h1> <p>Évaluation : Quelle est votre évaluation de la situation ? Ce que vous avez trouvé, pensé et fait.</p>	Évaluation physique, mentale et psychosociale : Récents résultats ou signes vitaux : Autres informations :	
<h1>R</h1> <p>Recommandations : Actions proposées ou les suggestions d'interventions supplémentaires ou de priorités d'interventions.</p>	Vos suggestions/recommandations : Ce qui sera fait/ ou doit être fait : Quand : Par qui : Date et heure : Autres commentaires : Communications à l'utilisateur et ses proches :	

Les éléments dans chaque section peuvent être adaptés à différents contextes.

Annexe C - Exemple communication entre infirmières en CHSLD⁴ lors du transfert de l'information avec le SBAR

SBAR SAER	Exemple
<p>S</p> <p>Situation : Que se passe-t-il présentement ? Bref énoncé du problème</p>	<p>Mme Line Côté (nom, fictif), Ch 3902-1, 81 ans, Niveau 3 RCR</p> <p>Retrouvée par terre à 3 reprises ce matin, dans les corridors</p>
<p>A</p> <p>Antécédents : Quels facteurs/événements ont menés à cet état/problème ? Information pertinente reliée à la situation.</p>	<p>Maladie d'Alzheimer stade avancé avec errance.</p> <p>Connue pour chutes. Discussion avec famille à la dernière multi et refuse contention physique, sauf pour les repas avec installation au fauteuil fixe avec tablette X 30 minutes.</p>
<p>E</p> <p>Évaluation : Quelle est votre évaluation de la situation ? Ce que vous avez trouvé, pensé et fait.</p>	<p>Évaluation post-chute faite. SV et SN difficiles à prendre, mais normaux. Suspicion d'impact crânien. Blessures superficielles au visage et à l'avant-bras droit. Rapport AH-222 complété. Famille avisée.</p>
<p>R</p> <p>Recommandations : Actions proposées ou les suggestions d'interventions supplémentaires ou de priorités d'interventions.</p>	<p>Poursuivre le suivi post-chute sur feuille spéciale. Surveiller signes cliniques d'impact crânien. Aviser le médecin si SV ou SN anormaux. Informer PAB pour augmenter surveillance aux corridors et repérer comportements inhabituels.</p>

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : Il doit reformuler brièvement les informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

CONSIGNATION de ce tableau dans un classeur administratif selon les règles d'archivage en vigueur

⁴ CIUSSS Estrie-CHUS. Bourque, M, Grégoire, A, Nicole-Clavet, N. CHUS, « Aide-mémoire pour optimiser le rapport interquarts en CHSLD », 2018

Annexe D - Exemple de document pour le transfert de l'information pour un département/unité/service⁵

Département/unité/service		
Date et heure		
Problème de sécurité	Information complémentaire	Usagers ou détails à surveiller
Usagers instables ou à surveiller	Pour chaque usager, identifier les interventions requises et discuter du plan pour chaque éventualité	
Contrôle des infections	Éclosion, précautions, dépistages	
Identification des usagers	Usagers avec des noms similaires ou usagers qui ne peuvent porter ou refusent de porter le bracelet d'identification	
Statut RCR Décès	Ordres de non réanimation:	
	Décès derniers (24 h)	
	Décès imminents (24 h)	
Risques particuliers	Usagers à risque de chute, plaies de pression, étouffement, confus, errants, suicide, etc.	
Évaluations/Examens	Évaluations/examens planifiés	
	Résultats en attente	
Admissions-congés	Admissions-congés prévus ou en attente	
Incidents ou plaintes	Détails des incidents/accidents (y compris les quasi-accidents ou les plaintes)	
Perturbation du service	Tout ce qui pourrait perturber les soins aux usagers ou le travail : - Arrêt du dossier électronique - Équipement brisé, pannes - Couverture du personnel	
Communication	Usagers malentendants, non-voyants, ayant un trouble d'apprentissage, ayant besoin d'un interprète	
Autres avis ou problèmes à surveiller		
Transfert fait par		
Transfert fait à		

Ce document peut être adapté pour répondre à différents contextes.

⁵ Adapté de : The New castle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. Clinical Handover Policy. Team safety briefing. 2016-04-27.