

TRANSFERT DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION

UETMIS

UNITÉ D'ÉVALUATION DES
TECHNOLOGIES ET DES MODES
D'INTERVENTION EN SANTÉ



© UETMIS 2015

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

*Unité d'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé*

TRANSFERT DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION

Novembre 2015

© UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS 2015

LA MISSION

Soutenir et conseiller les décideurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et contribuer à la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS, INSTALLATION CHUS

Christian Bellemare, M.Sc.
Cadre intermédiaire à l'UETMIS

Pierre Dagenais, MD., Ph.D.
Médecin-conseil

Jean-François Fiset, Ph.D.
Conseiller en évaluation des technologies

Suzanne K. Bédard, T.M., B.A.
Conseillère en évaluation des technologies

Thomas Poder, Ph.D.
Cadre intermédiaire à l'UETMIS

Monique Robillard
Agente administrative cl.1

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-9814186-8-5 (format électronique)
ISBN 978-2-9814186-9-2 (format papier)

© UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
CIUSSS de l'Estrie – CHUS
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110, poste 11879
Courriel : uniteetmis.chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS (UETMIS – CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS) *Transfert de l'information aux points de transition* – Rapport d'évaluation préparé par Jean-François Fisette (UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – Installation CHUS - novembre 2015) Sherbrooke «2015», XV, 25 p.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

TRANSFERT DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION

Le transfert de l'information aux points de transition est un moyen de relayer les renseignements cliniques essentiels des patients aux changements de quart des médecins et médecins résidents et lorsque les patients sont transférés vers d'autres prestataires de soins de santé. Les moyens de communication entre les intervenants jouent un rôle essentiel dans ce processus et font partie d'une pratique organisationnelle requise (POR) par Agrément Canada.

Lors du suivi d'Agrément Canada en janvier 2015, aux installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, une fiche de transfert a été imposée aux infirmiers et infirmières aux différents points de transition afin de répondre à cette pratique organisationnelle requise (POR). Bien que ces établissements aient été jugés conformes à cette POR, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS désire aller plus loin par la mise en place de mesures spécifiques pour les médecins et médecins résidents liées au transfert de l'information aux points de transition. C'est dans ce contexte que l'UETMIS a été mandatée à déterminer les modalités optimales du transfert de l'information aux points de transition pour cette catégorie précise de prestataires de soins de santé.



Christian Bellemare, M.Sc
Cadre intermédiaire
UETMIS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

ÉQUIPE DE PROJET

Auteur

M. Jean-François Fiset, Ph.D.

Conseiller en évaluation des technologies
UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS

Collaborateurs

D^r Jean-François Éthier

Interniste
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Marc-André Leclair

Interniste-intensiviste
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Peter Ramon-Moliner

Anesthésiste
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Relecture

M^{me} Sylvie St-Jacques, Ph.D.

Responsable scientifique
Unité d'ETMISSS en première ligne (ETMISSS-PL),
CIUSSS de la Capitale-Nationale – CSSS de la Vieille-
Capitale

M. Sylvain Bernier, Ph.D.

Directeur administratif de la recherche
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Correction d'épreuves et mise en page

M^{me} Monique Robillard

Agente administrative
UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS

Lecture et approbation

M. Christian Bellemare, M. Sc.

Cadre intermédiaire
UETMIS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par M. Jean-François Fiset de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Installation CHUS, à la demande de M^{mes} Manon Lachapelle et Jocelyne Frenette du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Nous remercions tous nos collaborateurs et nos relecteurs pour leur généreuse contribution à la réalisation de ce rapport.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS

TABLE DES MATIÈRES

LA MISSION	i
AVANT-PROPOS	iii
ÉQUIPE DE PROJET	v
REMERCIEMENTS	vii
ABRÉVIATIONS	xi
RÉSUMÉ	xiii
ABSTRACT	xv
1. INTRODUCTION	1
1.1 Question décisionnelle.....	2
1.2 Objectif	2
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 Recension des écrits	3
2.2 Évaluation de la qualité de la preuve et méthode de formulation des recommandations	4
2.3 Recensement des données locales	4
3. RÉSULTATS.....	5
3.1 Outils et informations transférées	5
3.2 Méthodes pour véhiculer l'information	9
3.3 Contexte local	11
4. DISCUSSION.....	13
5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	15
RÉFÉRENCES	17
ANNEXE I.....	21
ANNEXE II.....	23
ANNEXE III.....	25

ABRÉVIATIONS

CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
POR	Pratique organisationnelle requise
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

RÉSUMÉ

Contexte - Lors des changements de quart des médecins et médecins résidents et lors du transfert des patients d'un département à l'autre à l'intérieur d'un même établissement (points de transition), des informations cliniques essentielles sont partagées afin d'assurer la continuité des soins. Or, aucun processus standardisé n'est utilisé aux installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour l'échange des informations alors que de nombreuses erreurs médicales sont associées à cette étape.

Objectif - La présente évaluation a pour objectif de déterminer l'outil et le contenu des renseignements qui devraient être transférés aux points de transition. De plus, ces travaux ont aussi comme objectif de déterminer la méthode permettant de véhiculer l'information. La perspective d'évaluation est celle des installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Méthodologie - Une brève revue de littérature a été mise en œuvre dans le but de recenser les rapports d'autres agences d'évaluation des technologies ainsi que les revues systématiques et méta-analyses qui ont été réalisées sur le transfert de l'information aux points de transition. Une recherche d'études primaires a aussi été effectuée afin de compléter la recension. Une consultation auprès de trois médecins des installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a aussi été réalisée afin d'analyser l'applicabilité et la pertinence des données recueillies du point de vue local.

Résultats - Les résultats issus de la littérature scientifique ne permettent pas d'identifier un outil en particulier pour le transfert de l'information. Toutefois, il est possible d'identifier les informations qui devraient être transmises. Les renseignements démographiques du patient, les informations cliniques essentielles et une rétroaction par le récepteur devraient y être présents. Plus spécifiquement, les informations cliniques devraient contenir la problématique, le traitement et les actions à entreprendre. Concernant la méthode à utiliser pour véhiculer l'information, les écrits scientifiques en viennent à la conclusion que l'utilisation d'un support électronique combiné à un échange verbal serait à privilégier.

Recommandations - Nous recommandons d'élaborer un outil de transfert de l'information contenant les renseignements démographiques du patient, les informations cliniques essentielles (problématique, traitement et actions) et un rappel de rétroaction avec le récepteur. Plus spécifiquement, en fonction de la spécialité, les renseignements cliniques devront être précisés en définissant précisément le type de problématique, de traitement et d'actions. Nous recommandons que cette étape soit effectuée par l'intermédiaire d'une consultation auprès des médecins résidents et médecins.

Nous recommandons que le transfert de l'information s'effectue verbalement et couplé d'un support informatique (exportable aux autres centres hospitaliers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS).

Il est recommandé de mettre en place l'outil de transfert de l'information aux points de transition sous forme d'un projet pilote aux soins intensifs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, de l'installation Hôpital Fleurimont ou l'installation Hôtel-Dieu. Les données recueillies permettront de mesurer les effets de ce nouveau système avant d'être exporté à l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

ABSTRACT

Context - During shift changes for doctors and residents and when patients are transferred from one department to another within the same institution (transition points), essential clinical information is shared to ensure the continuity of care. However, there are currently no standardized processes in place at the CIUSSS de l'Estrie – CHUS' Hôpital Fleurimont and Hôtel-Dieu facilities for exchanging information while many medical errors have been linked to this step.

Objective - The objective of this evaluation is to determine the tool and the contents of the information that should be transferred at transition points. This work is also aimed at determining a method to convey this information. The scope of the evaluation will focus on the CIUSSS de l'Estrie – CHUS' Hôpital Fleurimont and Hôtel-Dieu facilities.

Methodology - A brief literature review was used to list reports from other technology assessment agencies as well as systematic reviews and meta-analyses on the transfer of information at transition points (commonly known as handover or handoff). A primary research study was also conducted to complete the review. Three physicians from the CIUSSS de l'Estrie – CHUS' Hôpital Fleurimont and Hôtel-Dieu facilities were consulted to analyze the applicability and relevance of the information gathered from a local perspective.

Results - The results of the scientific literature review did not enable the identification of a specific tool for transferring information. However, it was possible to identify the information that should be conveyed. The patient's demographic information, essential clinical information, and feedback from the receiver should be conveyed. In particular, clinical information should include the problem, treatment, and course of action. In terms of the method used to convey the information, the scientific literature concludes that the use of an electronic medium in combination with a verbal exchange should be favoured.

Recommendations - It is recommended that an information transfer tool be developed, containing the patient's demographic information, essential clinical information (problem, treatment, and course of action), and feedback reminder for the receiver. In particular, the clinical information should be clarified by specifically defining the type of problem, treatment, and course of action, based on the specialty. It is recommended that this step be performed through a consultation with the physicians and residents.

It is recommended that the transfer of information be done verbally, in combination with a technological medium (that can be implemented in other CIUSSS de l'Estrie – CHUS hospital centres).

It is recommended that a transition point information transfer tool be implemented in the form of a pilot project in the intensive care unit of the CIUSSS de l'Estrie – CHUS' Hôpital Fleurimont or Hôtel-Dieu facilities. The information gathered will enable the impacts of this new system to be measured before it is implemented across the CIUSSS de l'Estrie – CHUS network.

1. INTRODUCTION

Le transfert de l'information aux points de transition est un moyen de relayer les renseignements cliniques essentiels des patients lors du changement de quart des médecins et médecins résidents et lorsque les patients sont transférés vers un autre département. Cette transmission de renseignements cliniques d'un professionnel de la santé à un autre joue un rôle primordial dans la prestation de soins sécuritaires et efficaces (Agrément Canada 2013). De façon générale, trois méthodes sont utilisées afin de véhiculer l'information. D'abord, il peut s'agir d'un échange verbal direct entre médecins ou médecins résidents. Aussi, il est possible d'avoir recours à l'utilisation d'un document écrit contenant l'information clinique essentielle des patients. Finalement, il existe des outils électroniques qui sont généralement des programmes informatiques ou des onglets ajoutés aux dossiers cliniques des patients. Mentionnons que ces trois méthodes peuvent être employées seules ou combinées. Au-delà des méthodes pour véhiculer l'information, des outils ont aussi été développés afin de structurer et standardiser le contenu des renseignements à transférer. On retrouve dans la littérature un nombre croissant de procédés qui ont été développés sous forme d'aide-mémoire (Riesenberg et al. 2009). Les outils SBAR (« Situation », « Background », « Assessment », « Recommendation ») et I-PASS (« Illness severity », « Patient summary », « Action list », « Situation awareness » and contingency plan », « Synthesis by receiver »), dont chaque lettre permet aux médecins de structurer les renseignements à transférer sous forme de thèmes, sont deux exemples fréquemment cités dans la littérature (Starmer et al. 2014; Riesenberg et al. 2009).

La principale problématique associée aux transferts de l'information aux points de transition concerne la sécurité des patients. Parmi les raisons évoquées dans la littérature, on rapporte que peu de processus formels sont utilisés pour la transmission des renseignements cliniques (malgré la présence grandissante d'outils disponibles). Ainsi, non seulement l'information transmise est peu standardisée, mais en outre plusieurs détails cliniques sont souvent omis ou inexacts (Abraham, T. Kannampallil, et al. 2014). Par ailleurs, le nombre de médecins et médecins résidents qui se succèdent et qui prennent en charge un même patient est relativement élevé. En moyenne, vingt-quatre transferts sont réalisés au cours du séjour d'hospitalisation d'un patient (Robertson et al. 2014). Au final, le transfert de l'information aux points de transition est la cause de plusieurs événements indésirables (World Health Organization 2007). De fait, il a été estimé que 13 % des erreurs médicales seraient attribuables à ce processus (Arora et al. 2010).

Aux installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, aucun système formel de transfert de l'information aux points de transition n'est actuellement en place pour les médecins et médecins résidents. Ainsi, lorsque des événements indésirables surviennent, leur analyse est beaucoup plus complexe, puisque peu de traces de ce processus sont disponibles.

Afin d'accroître la sécurité des soins, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaite développer des mesures spécifiques pour les médecins et médecins résidents concernant le transfert de l'information aux points de transition. Notons que cette mesure est soutenue par l'Association canadienne de protection médicale qui recommande de standardiser les stratégies et de documenter les transferts de l'information aux points de transition entre les médecins dans le but de diminuer les risques d'événements indésirables. C'est dans ce contexte que l'UETMIS a mis en place une évaluation dans le but de déterminer les modalités optimales du transfert de l'information aux points de transition, et ce, du point de vue de la sécurité des patients et de l'efficacité. La perspective d'analyse est celle des installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

1.1 Question décisionnelle

Quel système les installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS devraient-elles mettre en place pour optimiser le transfert de l'information aux points de transition entre les médecins et médecins résidents dans un même établissement?

1.2 Objectif

Cette évaluation vise à déterminer l'outil, le contenu des renseignements qui devraient être transférés et la méthode permettant de véhiculer l'information lors du transfert de l'information aux points de transition de manière sécuritaire et efficace.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Recension des écrits

Une brève revue de la littérature a été mise en œuvre afin de recenser les rapports d'autres agences d'évaluation des technologies ainsi que les revues systématiques et méta-analyses. Aucune restriction pour la période de recension n'a été appliquée. Aussi, une recherche d'études primaires a été effectuée pour les trois dernières années, soit de 2013 à 2015. Les bases de données bibliographiques Medline (via Pubmed), Sciencedirect, Center for Reviews Dissemination et Cochrane Library ont été utilisées. La bibliographie des écrits retenus a été examinée afin de relever d'autres références pertinentes. Un seul chercheur (JFF) a effectué la recherche et seuls les articles publiés en français et en anglais ont été considérés.

Les mots clés suivants ont été utilisés: *handoff, hand-off, handover, hand-over, shift report, shift-report, signout, sign-out, signover, sign-over et clinical round*. La stratégie de recherche détaillée est présentée dans l'annexe I.

Population

Aucune restriction quant au type de patients n'a été appliquée.

Intervention

Les articles qui traitaient d'outils de transfert de l'information aux points de transition et des moyens de véhiculer cette information ont été retenus. Le transfert de l'information devait s'effectuer lors du changement de quart des médecins et résidents et lorsque les patients étaient transférés vers un autre département ou service. Le transfert de l'information effectué par les infirmiers/infirmières et les ambulanciers et entre les établissements a été exclu.

Compareur

Aucun compareur n'a été retenu, puisqu'actuellement, il n'y a pas de système standardisé aux installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Résultats

Les résultats d'intérêt sélectionnés sont ceux relatifs à la sécurité des patients, tels que les erreurs médicales et ceux relatifs à l'efficacité du transfert de l'information tels que l'omission de données lors du transfert et la rétention de l'information de la part du récepteur.

Un seul chercheur a procédé à l'extraction des données (JFF).

2.2 Évaluation de la qualité de la preuve et méthode de formulation des recommandations

Une évaluation sommaire de la qualité des études a été réalisée sans qu'aucune grille spécifique n'ait toutefois été utilisée. L'élaboration des recommandations a été réalisée par l'intermédiaire d'un processus de consultation auprès d'un groupe d'experts du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont, composé du Dr Peter Ramon-Moliner (anesthésiste), Dr Marc-André Leclair (interniste-intensiviste) et Dr Jean-François Éthier (interniste).

2.3 Recensement des données locales

Les informations relatives au contexte local ont été recueillies grâce à plusieurs rencontres de travail avec un groupe d'experts composé du Dr Peter Ramon-Moliner (anesthésiste), Dr Marc-André Leclair (interniste-intensiviste) et Dr Jean-François Éthier (interniste). Aucun processus formel n'a été utilisé.

3. RÉSULTATS

Onze revues de littérature ont été recensées, incluant sept revues systématiques, trois revues narratives et une revue intégrative. De même, trois rapports d'organisation en santé ont été retenus, soit l'Organisation mondiale de la Santé, l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care et l'Association canadienne des médecins résidents. Finalement, vingt-deux études primaires ont été sélectionnées.

3.1 Outils et informations transférées

La première étape de notre démarche consistait à effectuer une recension des outils de transfert de l'information issus de la littérature scientifique. Précisons que dans le cadre de ce bref rapport, cette recherche n'avait pas pour objectif de recenser de façon systématique tous les outils publiés.

Outils répertoriés

Notre recherche a permis de recenser vingt-deux outils de transferts de l'information qui sont majoritairement structurés sous forme d'aide-mémoire et dont les acronymes représentent les catégories d'information transférée. Un résumé de ces outils est présenté au tableau 1. Sept outils de transfert de l'information ont été développés sans égard à la spécialité médicale, alors que pour deux outils, la spécialité n'était pas mentionnée. Les treize autres outils recensés sont répartis selon les spécialités suivantes : pédiatrie (3), chirurgie (2), médecine interne (2), urgence (2), oto-rhino-laryngologie (1), soins intensifs (1), soins intensifs en neurologie (1) et soins intensifs en néonatalogie (1). À noter que pour un des deux outils développés pour la chirurgie, il s'agissait d'une méthode pour le transfert de la chirurgie ou de l'anesthésie vers les soins intensifs pédiatriques (Deutsch et al. 2008) alors que pour l'autre, le récepteur n'était pas spécifié (Sandlin 2007). De façon générale, cette recension suggère que plusieurs outils différents peuvent être utilisés afin d'exécuter le transfert de l'information aux points de transition. En observant attentivement le contenu de ceux-ci, nous constatons que plusieurs thèmes sont similaires d'un outil à l'autre. De fait, il est possible de regrouper les différents thèmes en trois grandes catégories d'information qui sont résumées au tableau 2.

Dans la première catégorie sont inclus les renseignements démographiques permettant d'identifier les patients (e.g. *patient location, demographic data, identifying patient, etc.*).

La deuxième catégorie correspond à des thèmes qui permettent de structurer le contenu des informations cliniques à transférer. Dans certains cas, ces thèmes sont très spécifiques et objectifs (e.g. *medications, code status, primary diagnosis*), alors qu'à l'opposé certains thèmes sont plus généraux et contiennent bien souvent des expressions similaires (e.g. *medical course, patient summary, assessment*). Afin de simplifier la présentation de ces thèmes et considérant, la similitude entre ceux-ci, nous les avons sous-divisés en trois sujets.¹ D'abord, la problématique qui inclut une variété de thèmes tels que *illness severity, general hospital course, assessment, problem list, etc.* qui sont tous liés à une description de l'état

¹ Cette catégorisation a été réalisée en collaboration avec le Dr Peter Ramon-Moliner, anesthésiste au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

de santé des patients. Suit le traitement qui permet de décrire les interventions qui ont été effectuées chez le patient. Finalement, les actions à réaliser qui regroupent des termes tels que *to-do list*, *expected task to be done*, *actions*, etc.

Tableau 1. Outils de transfert de l'information aux points de transition recensés. À noter que les noms anglophones ont été conservés afin de présenter la signification de chacune des lettres des acronymes.

Auteurs	Noms et contenus	Spécialités
(Starmer et al. 2014)	I-PASS: <i>Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency plan, Synthesis by receiver</i>	Pédiatrie
(Allen et al. 2014)	iCATCH: <i>Identify patient, Chief complaint or presenting symptoms, Active problem list, Therapies and interventions (next 24 hrs), Clinical trajectory and condition, Help me (question and dialogue)</i>	Sans égard à la spécialité
(Abraham, T. G. Kannampallil, et al. 2014)	SOAP: <i>Subjective (narrative problem from patient/family), Objective (physician finding), Assessment, Plan</i>	Soins intensifs
(Derienzo et al. 2014)	Aucun nom: <i>Demographics, Weight, Medications, Top five problems, Access, Respiratory support, Total fluids, Feeds, Pending studies</i>	Soins intensifs en néonatalogie
(Connor et al. 2013)	IMOUTA: <i>Identifying data, Medical course, Outcome possible tonight, To do tonight, Ask questions, review to do list and proposed for today</i>	Oto-rhino-laryngologie
(Brooks 2013)	Aucun nom: <i>Patient name and age, Problem list and key issues, Pending items, Disposition, Receiving Clinician's Notes</i>	Urgence
(Vawdrey et al. 2013)	Aucun nom: <i>Brief patient summary, Active issues, Primary to-do list, Coverage to-do list, Discharge planning, Code status, Isolation status, Contact info, Notes/Comments, Hospital course, Consult notes</i>	Sans égard à la spécialité
(Compton et al. 2012)	SBAR: <i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>	Sans égard à la spécialité
(Farhan et al. 2012)	ABC: <i>Areas and Allocation, Beds, Bugs, Colleagues, Consultant on call, Death, Disasters, Deserters, Equipment, External events</i>	Urgence
(Collins et al. 2011)	Aucun nom: <i>Personal information, Advance directives, Family contact, Functional status, Problems, Social history, Alerts, Medications, Equipment, Vital signs, Results, Procedures, Encounters, Plan of care</i>	Sans égard à la spécialité
(Lyons et al. 2010)	Aucun nom: <i>Name, age, diagnosis, overall management goals, important developments overnight/in the previous 24 h, present problems and problems, anticipated in the next 24 h</i>	Soins intensifs en neurologie
(Riesenberg et al. 2009)	I-SBAR: <i>Introduction or identify patient, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>	Sans égard à la spécialité
(Salerno et al. 2009)	Aucun nom : <i>Demographics data, allergies, Advanced directive, Reason for admission, Active problems, Medications, Recent lab and X-rays, To do list and contingencies, Open box to hand-write in overnight events</i>	Médecine interne
(Raptis et al. 2009)	Aucun nom : <i>Patient details and patient location, Primary diagnosis and current problem, Plan of action, Day team details</i>	Sans égard à la spécialité
(Chu et al. 2009)	SAIF-IR: <i>Summary statement(s), Active issues, If-then contingency plan, Follow-up activity, Interactive questioning, Read-back</i>	Médecine interne
(Deutsch et al. 2008)	START : <i>Situation, Therapies, Anticipated course, Reconciliation, Transfer</i>	Chirurgie (chirurgie ou anesthésie vers les soins intensifs pédiatriques)
(Sandlin 2007)	I PASS the BATON: <i>Introduction: introduce yourself and your role, Patient: name, etc, Assessment, Situation, Safety, concerns, Background, Actions, Timing, Ownership, Next</i>	Chirurgie
(Horwitz et al. 2007)	SIGNOUT?: <i>Sick or Do not resuscitate, Identification data, General hospital course, New events of the day, Overall health, status/clinical condition, Upcoming possibilities with plan/rational, Tasks to complete, Any question?</i>	Pédiatrie
(Brownstein & Schleyer 2007)	HANDOFFS: <i>Hospital location, Allergies/adverse reactions/medications, Name (age, gender)/number, Do not attempt resuscitation?, diet, deep-vein thrombosis prophylaxis, Ongoing medical/surgical problems, Facts about this hospitalization, Follow-up on, Scenarios</i>	Spécialité non spécifiée
(Guise & Lowe 2006)	SBARR: <i>Situation, Background, Assessment, Recommendation, Response or read back</i>	Sans égard à la spécialité
(Vidarthi et al. 2006)	ANTICIPate: <i>Administrative data, New information, Tasks, Illness, Contingency planning/code status</i>	Spécialité non spécifiée
(Arora & Johnson 2006)	PEDIATRIC: <i>Problem list, Expected task to be done, Diagnostic one-liner, If/then, Administrative data/advanced directive, Therapeutics, Results or other important facts, IV access/invasive devices, Custody and current issues</i>	Pédiatrie

La troisième catégorie d'information recensée n'est présente que dans certains outils et constitue un rappel au médecin qui exécute le transfert de s'assurer que les informations transmises sont bien comprises par le récepteur. Cette catégorie comprend les expressions suivantes : *synthesis by receiver*, *ask questions*, *help me* et *read back*.

Tableau 2. Résumé des catégories d'information retrouvées dans les outils de transferts de l'information aux points de transition.

1. **Identification du patient** (e.g *patient location*, *demographic data*, *identifying patient*, etc.)
2. **Informations cliniques**
 - Problématiques (e.g *illness severity*, *general hospital course*, *assessment*, *problem list*, etc.)
 - Traitement (e.g *therapies*, *procedures*, *medication*, etc.)
 - Actions (e.g *to-do list*, *expected task to be done*, *actions*, etc.)
3. **Rétroaction par le récepteur** (e.g *synthesis by receiver*, *ask questions*, *help me* et *read back*)

Efficacité du transfert de l'information et sécurité des patients

Le nombre important d'outils de transfert de l'information aux points de transition disponibles soulève la question suivante : lequel est le plus efficace et offre davantage de bénéfices du point de vue de la sécurité des patients? À cet égard, les résultats issus des trois revues systématiques identifiées ne permettent pas de répondre à cette question. De fait, mentionnons une de ces revues qui a répertorié vingt-quatre outils développés sous forme de mnémoniques (Riesenberg et al. 2009). Précisons ici que parmi les vingt-quatre outils, dix n'ont pas été considérés dans le cadre de notre recension (tableau 1), puisqu'ils concernaient le transfert entre infirmiers ou infirmières et entre ambulanciers et médecins à l'urgence. Au final, les auteurs concluent que la faible qualité méthodologique des études qui abordent les outils de transfert ne permet pas d'émettre de recommandations précises quant à l'utilisation d'un outil en particulier. Cette même conclusion est d'ailleurs partagée par les auteurs de deux autres revues systématiques sur le sujet (Robertson et al. 2014; Arora et al. 2009). Par ailleurs, plutôt que d'avoir un outil de transfert standardisé pour tout l'hôpital, les conclusions des écrits scientifiques indiquent que chaque spécialité devrait avoir un outil spécifique à son contexte (Cheung et al. 2010). En effet, une standardisation trop rigide serait susceptible d'être peu efficace pour le transfert des informations spécifiques (Gardiner et al. 2015).

3.2 Méthodes pour véhiculer l'information

Au-delà de l'information standardisée à transférer aux points de transition, tel que décrit dans la section précédente, nous retrouvons dans la littérature scientifique plusieurs façons de véhiculer les renseignements. D'abord, le transfert de l'information peut se faire verbalement entre les médecins. Cette façon de transférer les renseignements peut aussi être additionnée d'un support écrit généralement présenté sous la forme d'un gabarit qui est complété manuellement par le médecin. Ensuite, l'échange verbal peut aussi être combiné à un outil électronique qui permet d'importer automatiquement toutes les informations essentielles au transfert à partir du dossier clinique informatique du patient. On note aussi une

variante de l'outil électronique qui permet au médecin à la fois d'importer automatiquement des données cliniques du patient et de compléter manuellement l'information afin de nuancer certains renseignements.

Transfert verbal avec ou sans support écrit

Tout d'abord, pour ce qui est du transfert s'effectuant seulement de façon verbale, les conclusions de revues systématiques n'y accordent peu d'efficacité. En effet, l'information ainsi transmise serait susceptible d'être incomplète et non standardisée d'un patient à l'autre (Gardiner et al. 2015; Cheung et al. 2010). À titre d'exemple, citons l'étude de Bhabra et al. dans laquelle une simulation de transfert verbal de l'information entre médecins indiquait que seulement 2,5% de l'information transmise était retenue par le récepteur. Ce taux augmentait à 85,5% lorsque cette méthode était combinée à la prise de notes (Bhabra et al. 2007). De plus, selon cette même étude, lorsque les renseignements étaient transférés verbalement et combinés à un document imprimé (contenant toute l'information clinique essentielle du patient), 99% de l'information transmise était retenue. Une seconde étude, dans laquelle une simulation de transfert d'information a été effectuée, arrive aux mêmes constats (Pothier et al. 2005). Lorsque les renseignements étaient transmis de façon verbale seulement puis successivement d'une personne à l'autre (pour un total de cinq transferts entrecoupés de pauses de 60 minutes), une perte de tous les renseignements était observée au troisième transfert. En revanche, l'utilisation de la méthode combinant à la fois la communication verbale et la prise de notes permettait de retenir 31% de l'information au cinquième transfert. Finalement, lorsque la méthode verbale était additionnée d'un document imprimé contenant préalablement toute l'information du patient, 100% des renseignements étaient conservés jusqu'au cinquième transfert.

Les résultats de ces deux dernières études mettent en lumière le constat suivant : la méthode de transmission verbale serait une procédure beaucoup plus efficace lorsqu'elle est combinée à un support écrit. D'ailleurs, l'Association canadienne des médecins résidents appuie ce constat et recommande que le transfert d'information s'effectue en utilisant à la fois la méthode verbale et un support écrit (Canadian Association of Internes and Residents 2014).

Support électronique

Deux études corroborent le fait que l'utilisation d'un support électronique soit plus efficace qu'un support manuscrit. Premièrement, dans l'étude de Patel et al., l'utilisation d'un programme informatique permettant à la fois d'importer les données des patients et d'ajouter du texte libre réduisait l'omission de données démographiques de 35,1 % à 0,8 % ($p < 0,0001$) lorsque comparée à une méthode où un document devait être rempli de façon manuscrite par le médecin (Patel et al. 2009). Par ailleurs, dans cette même étude, l'omission de l'information relative au diagnostic a diminué de 11,7 % à 0,8 % ($p < 0,0001$) et l'omission d'un plan de traitement de 94,7 % à 52,3 % ($p < 0,0001$) lorsque l'outil électronique était utilisé en remplacement du document à remplir manuellement. La même observation a aussi été rapportée dans l'étude de Raptis et al. dans laquelle des modifications au processus de transfert de l'information aux points de transition, soit d'un format « papier » vers un transfert électronique, a permis de réduire le taux d'omission de données essentielles à transmettre (Raptis et al. 2009). Par exemple, dans la version « papier », les détails démographiques du patient (numéro du patient, nom et date de naissance) étaient présents dans seulement 34 % des cas comparativement à 100 % pour le format électronique. Dans cette même étude, l'introduction du transfert de l'information sous format électronique a permis aussi d'accroître la présence de données liées au diagnostic (de 85 à 91 %) de même que l'information relative au problème

actuel du patient (de 85 à 91 %). À noter que ces différences sont toutes statistiquement significatives. Ainsi, il est possible de constater que la méthode électronique est plus efficace du point de vue de la réduction de l'omission d'information en comparaison avec un document rempli manuellement par le médecin.

L'utilisation d'outils électroniques comporte aussi certains inconvénients selon plusieurs auteurs. D'abord, l'importation automatique de renseignements cliniques nécessite que l'information contenue dans les dossiers des patients soit à jour (Flemming & Hübner 2013). D'ailleurs, cela peut avoir une influence importante sur l'utilisation de l'outil de transfert par les médecins. En effet, dans une étude visant à évaluer une nouvelle méthode de transfert électronique introduite dans un hôpital de Toronto, les auteurs rapportent une diminution graduelle de l'utilisation de ce dernier, jusqu'à son abandon définitif après seize semaines d'implantation (Rabinovitch et al. 2009). La raison principale évoquée était que l'information importée du système informatique n'était pas à jour : le transfert de l'information au point de transition était par conséquent incomplet. Dans un même ordre d'idées, lorsqu'une méthode électronique est utilisée, dans laquelle le contenu est importé automatiquement, il est rapporté que cela est susceptible d'offrir peu de flexibilité dans la mesure où aucune nuance ou information supplémentaire ne peut être apportée au document. Par conséquent, cela pourrait engendrer certaines omissions, non pas liées à la mémoire, mais liées au nombre limité d'informations qui sont transférées (Flemming & Hübner 2013). Au final, cela pourrait limiter la compréhension de certains cas.

Impact sur la sécurité des patients

Au-delà de la diminution de l'omission de l'information associée à l'utilisation de la méthode de transfert de l'information électronique, les bénéfices critiques du point de vue des patients (liés à leur sécurité) sont peu documentés dans la littérature scientifique. Bien qu'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization 2007) ainsi que deux revues systématiques (Arora et al. 2009; Li et al. 2013) affirment que la transmission électronique de l'information est associée à une diminution des événements indésirables, il faut considérer que ce constat est issu d'une seule étude. Dans cette dernière, deux périodes ont été comparées, soit avant et pendant l'implantation d'un outil électronique de transfert de l'information (Petersen et al. 1998). Les résultats de ces travaux indiquent que la période pré-intervention était associée à davantage d'événements indésirables (3,09%) en comparaison avec la période où l'outil électronique a été implanté (2,38 %, $p < 0,001$). À noter toutefois que le taux d'événements indésirables évitables associé à l'implantation de l'outil n'était pas significativement différent en comparaison avec la période préimplantation (1,23% et 1,71%, respectivement). Finalement, les travaux de Ryans et al. ont quant à eux montré que l'introduction d'un outil électronique (combiné à un échange verbal), en comparaison avec un outil en format papier qui était additionné d'une méthode verbale, permettait de réduire la durée médiane de séjour de 5 à 4 jours ($p = 0,047$) (Ryan et al. 2011).

3.3 Contexte local

Afin d'analyser le contexte local d'utilisation du transfert de l'information aux points de transition, citons un sondage réalisé par le Dr Peter Ramon-Moliner, au CIUSSS de l'Estrie – CHUS à l'hiver 2015. Ces travaux, réalisés auprès de soixante-cinq médecins résidents et un médecin des soins intensifs, ont été mis en place afin d'examiner leurs perceptions quant à la qualité du transfert de l'information aux points de transition. Ce sondage nous révèle qu'en majorité, les répondants considèrent que le système actuel (outil manuscrit dont le contenu n'est pas standardisé et transmis verbalement) est essentiel à leur travail,

qu'il permet de bien connaître les patients et d'apprendre ce qu'il faut faire pour eux en ce qui a trait aux soins à prodiguer. Toutefois, 36 % des répondants indiquent que régulièrement, des omissions importantes sont constatées. De plus, 23 % des sondés considèrent que la communication est rarement bien faite lorsque les patients sont transférés vers l'étage de soins, alors que 32 % des répondants indiquent qu'occasionnellement ce type de transfert est bien fait. Finalement, afin d'améliorer les transferts de l'information, 81 % des participants au sondage ont indiqué qu'il faudrait s'attarder au contenu de l'outil. Cette consultation locale nous permet ainsi de constater que la problématique soulevée dans la littérature est aussi vécue dans notre contexte de soins.

Considérant que les conclusions issues des écrits scientifiques favorisent l'utilisation de modalités informatiques, nous nous sommes attardés à examiner si un tel constat est applicable à notre contexte local. Pour ce faire, nous avons réalisé un bref examen du système informatique Ariane qui est utilisé au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, installations Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu. Une brève analyse nous révèle que la majorité des renseignements cliniques sont contenus dans des documents manuscrits numérisés et, par conséquent, impossibles à importer automatiquement. À titre d'exemple, un ensemble de renseignements cliniques essentiels (diagnostic à l'admission, complications, traitements, etc.) est contenu dans la feuille sommaire du patient et la feuille « liste de problèmes » (voir annexe II et annexe III, respectivement), mais ces renseignements sont impossibles à importer automatiquement et séparément. En effet, chacun des champs est intégré dans un seul document numérisé : il serait donc nécessaire pour le médecin et le résident de retranscrire manuellement les informations lors du transfert aux points de transition. Cependant, les renseignements relatifs aux résultats de laboratoire et radiologiques seraient quant à eux exportables de manière automatique.

En dehors des constats rapportés plus haut, soulignons que les infirmiers et infirmières effectuent les transferts de l'information aux points de transition par l'intermédiaire d'un moyen informatique, soit un onglet à même le dossier électronique du patient. L'utilisation d'un moyen informatique pour les transferts de l'information entre médecins et médecins résidents serait donc faisable. Toutefois, dans une perspective à plus grande échelle, soit au niveau du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, il est à considérer que le système informatique Ariane n'est pas utilisé dans certains centres hospitaliers. Cela freine ainsi le déploiement d'une seule et même solution qui exploiterait ce système spécifique. D'autres moyens informatiques devront ainsi être mis de l'avant advenant l'adoption d'un tel système. Parmi les solutions évoquées, mentionnons la possibilité d'utiliser un formulaire web qui permet de recueillir des données en vue d'être transmises à un récepteur.

4. DISCUSSION

Les objectifs que visait la présente évaluation étaient de déterminer l'outil, l'information à transmettre et la méthode qui seraient les plus appropriés pour le transfert de l'information aux points de transition au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont. Les conclusions des écrits scientifiques indiquent que les résultats des études ne permettent pas de recommander un outil en particulier pour toutes les spécialités. Toutefois, notre analyse révèle trois catégories d'information que devrait contenir l'outil de transfert, soit les renseignements démographiques du patient, les informations cliniques et une rétroaction par le récepteur. De manière plus spécifique, les informations cliniques comprennent la problématique, le traitement et les actions. En ce qui concerne la façon de véhiculer l'information, les constats des écrits scientifiques favorisent l'utilisation d'un échange verbal couplé à une méthode électronique. Ces résultats doivent toutefois être considérés en tenant compte de certaines limites qui sont discutées dans les prochains paragraphes.

D'abord, tel que mentionné dans la section traitant des résultats, deux revues systématiques et un rapport de l'Organisation mondiale de la santé rapportent que l'utilisation du mode électronique de transmission de l'information est associée à une diminution des événements indésirables. Il est ici important de nuancer ce constat. D'abord, une seule étude en arrive à cette conclusion, soit celle de Petersen et al.. Dans celle-ci, deux périodes ont été comparées, soit avant et pendant l'implantation. Or, pour la période qui précède la mise en place de l'outil, aucune information n'est rapportée quant au contenu de l'outil et à la méthode utilisée pour transférer l'information. Dans l'hypothèse où le contenu a aussi été modifié, cela pourrait expliquer en partie ou en totalité les bénéfices observés. Par ailleurs, les événements indésirables évitables qui ont été mesurés étaient basés sur des déclarations volontaires de la part des médecins. Or, cette façon de recueillir les données pourrait sous-estimer le nombre d'événements réellement survenus et ne pas mettre en lumière certaines erreurs médicales plus graves (Agency for Healthcare Research and Quality 2014). Une autre étude traitant de résultats critiques du point de vue des patients est celle de Ryan et al. dans laquelle l'introduction d'un outil électronique (combiné à un échange verbal) permettait de réduire la durée médiane du séjour hospitalier. Encore une fois ici, il n'y a aucune précision quant au gabarit utilisé pour le transfert de l'information pour les deux périodes analysées. De plus, le moment où l'outil électronique a été intégré correspondait à une période où de nouveaux médecins résidents sont arrivés, ce qui pourrait être associé en partie ou en totalité aux résultats obtenus.

En ce qui concerne notre recension d'outils sous forme d'aide-mémoire, nous en avons répertorié vingt-deux dans le cadre de ce bref rapport. Il est ici important de considérer que cette recension d'outils n'est pas systématique et, par conséquent qu'il est possible qu'il en existe davantage. Toutefois, considérant la redondance des thèmes abordés par les outils recensés, il nous apparaît peu probable qu'une recension plus exhaustive ait modifié les conclusions de cette évaluation. Mentionnons par ailleurs que dans le cadre de ce bref rapport, il a été impossible de déterminer avec plus de précisions (en dehors de la problématique, du traitement et des actions) le contenu des renseignements cliniques à transférer en fonction de la spécialité. Une telle précision nécessiterait de consulter davantage les médecins et les médecins résidents afin de mieux connaître leurs besoins.

Tel que mentionné précédemment, la littérature scientifique n'a pas permis de mettre en lumière l'utilisation d'un outil en particulier étant donné l'absence de bénéfice clair. Toutefois, soulignons deux études qui ont rapporté des résultats prometteurs en ce qui concerne la sécurité des patients. Précisons que nous avons décidé de ne pas inclure ces résultats dans la section « Efficacité du transfert de

l'information et sécurité des patients » de ce rapport, puisque ces études n'ont pas mis en place exclusivement un outil, mais bien un ensemble de mesures. Il est ainsi fort probable que les résultats issus de ces études n'étaient pas liés directement à la mise en place d'un outil, mais bien grâce à plusieurs interventions. Dans une première étude, l'outil SIGNOUT a été mis en place en parallèle avec une formation sur la communication et le transfert de l'information aux points de transition (Starmer et al. 2013). De telles mesures ont permis de diminuer le nombre d'erreurs médicales de 33,8 à 18,3 par 100 admissions. Dans une autre étude, l'introduction de l'outil I-PASS était assortie d'une formation, d'un programme de développement et d'observation du transfert de l'information aux points de transition, de même que d'une campagne visant à faire la promotion de l'outil (Starmer et al. 2014). De telles mesures ont permis de diminuer le nombre d'erreurs médicales de 24,5 à 18,8 par 100 admissions. Au final, il est fort probable que pour arriver à tirer des bénéfices en termes de sécurité, il ne suffit pas simplement d'introduire un nouvel outil aide-mémoire, mais bien un ensemble de mesures.

Ces deux études citées précédemment nous suggèrent fortement que le transfert de l'information aux points de transition ne devrait pas se limiter à l'introduction d'un outil aide-mémoire ainsi qu'une méthode pour véhiculer l'information. Certes, ces deux thèmes devraient contribuer à l'efficacité et la sécurité du transfert de l'information aux points de transition, mais d'autres mesures seraient aussi nécessaires. Dans cet ordre d'idées, en dehors des mesures évoquées dans le paragraphe précédent, la littérature indique aussi d'autres éléments essentiels qui devraient être considérés dans le processus de transfert de l'information aux points de transition. Dans un premier temps, le lieu où s'effectue le transfert peut constituer une barrière importante au transfert de l'information (Solet et al. 2005). En particulier, un endroit silencieux qui minimise les bruits de l'environnement provenant des patients et du personnel est recommandé. De plus, ce lieu doit aussi permettre de réduire les interruptions potentielles lors de l'échange de l'information. Il est aussi reconnu dans la littérature que le transfert de l'information entre individus de statut ou de hiérarchie différents peut occasionner des problèmes de communication et conséquemment nuire au processus de transfert aux points de transition (Sutcliffe et al. 2004). Finalement, la barrière de la langue peut aussi avoir un impact sur l'efficacité et la sécurité du transfert de l'information (Solet et al. 2005). Notamment, le jargon médical utilisé pourrait être mal compris lors de l'échange de l'information entre deux médecins d'ethnicités différentes.

Cette évaluation qui touche l'identification d'un outil de transfert et la méthode permettant de véhiculer l'information pose un défi important lorsque celle-ci est abordée dans une perspective plus large, soit celle de l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. D'abord, considérant les limites en termes de temps alloué à la réalisation du présent rapport, aucune consultation à l'extérieur des installations Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu n'a été effectuée. De plus, l'utilisation de moyens informatiques pourrait aussi être problématique si le système informatique Ariane devait être exploité, puisque certains centres hospitaliers n'ont pas ce système, tel que ceux de Granby et Cowansville.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

Pour conclure, la présente évaluation ne permet pas de mettre en évidence l'utilisation d'un outil en particulier. Par contre, nous constatons que trois catégories d'information se retrouvent constamment dans les outils, soit les renseignements démographiques des patients, les informations cliniques et une rétroaction par le récepteur. Notre analyse nous permet aussi de conclure que les informations cliniques essentielles sont divisées en trois thèmes : 1) la problématique, 2) le traitement et 3) les actions. Pour ce qui est de la méthode pour véhiculer les renseignements, l'utilisation d'un échange verbal couplé à un moyen informatique offrirait davantage de bénéfices du point de vue de la sécurité des patients et de l'efficacité.

Dans une perspective à plus large échelle, il est important d'examiner si un outil standardisé basé sur les conclusions de ce présent rapport pourrait être appliqué à l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. D'abord, il faut reconnaître que la qualité des évidences est plutôt faible, ce qui limite notre confiance envers les résultats de la littérature scientifique. Ensuite, notre consultation s'est effectuée seulement auprès de médecins du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont. Ces deux derniers arguments constituent de toute évidence un frein important relativement à l'adhésion de tous les médecins et médecins résidents du CIUSSS de l'Estrie – CHUS à l'implantation d'un nouvel outil de transfert de l'information aux points de transition. Par conséquent, davantage de données seraient nécessaires, en particulier celles provenant du terrain.

Recommandations

Nous recommandons d'élaborer un outil de transfert de l'information aux points de transition contenant les renseignements démographiques du patient, les informations cliniques essentielles (problématique, traitement et actions) et un rappel de rétroaction avec le récepteur afin de s'assurer de la compréhension des cas. Plus spécifiquement, en fonction de la spécialité, les renseignements cliniques devront être précisés en définissant précisément le type de problématique, de traitements et d'actions. Nous recommandons que cette étape soit effectuée par l'intermédiaire d'une consultation auprès des médecins résidents et médecins.

Nous recommandons que le transfert de l'information s'effectue verbalement et couplé d'un support informatique. Dans une perspective plus large, le moyen informatique choisi devrait être exportable aux autres centres hospitaliers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Considérant les incertitudes issues de la littérature et le besoin de recueillir davantage de données contextuelles, il est recommandé de mettre en place l'outil de transfert de l'information aux points de transition sous forme d'un projet pilote au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, à l'installation Hôpital Fleurimont ou à l'installation Hôtel-Dieu. Puisque les données contextuelles recueillies dans le cadre du présent rapport d'évaluation proviennent des soins intensifs, nous recommandons que ce projet pilote s'effectue dans ce service. Ultiment, les données issues de ce projet permettront de mesurer les effets de ce nouveau système avant d'être exporté à plus large échelle.

RÉFÉRENCES

- Abraham, J., Kannampallil, T.G., et al., 2014. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: Implications for patient safety. *Journal of Critical Care*, 29(2), pp.311.e1–311.e7.
- Abraham, J., Kannampallil, T. & Patel, V.L., 2014. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 21(1), pp.154–62.
- Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. Voluntary Patient Safety Event Reporting (Incident Reporting). Available at: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=13> [Accessed August 21, 2015].
- Agrément Canada, 2013. *La sécurité dans les organismes de soins de santé canadiens : regard sur les points de transition des soins et les pratiques organisationnelles requises*, Ottawa (Ontario): Agrément Canada.
- Allen, S. et al., 2014. Targeting Improvements in Patient Safety at a Large Academic Center. *Academic Medicine*, 89(10), pp.1366–1369.
- Arora, V. & Johnson, J., 2006. A model for building a standardized hand-off protocol. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(11), pp.646–655.
- Arora, V.M. et al., 2009. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *Journal of hospital medicine*, 4(7), pp.433–40.
- Arora, V.M. et al., 2010. Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study. *Journal of hospital medicine*, 5(7), pp.385–91.
- Bhabra, G. et al., 2007. An experimental comparison of handover methods. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 89(3), pp.298–300.
- Brooks, D., 2013. New tool aims to standardize handoffs in the ED, boosting safety and preventing communication failures. *ED management : the monthly update on emergency department management*, 25(8), pp.85–89.
- Brownstein, A. & Schleyer, A., 2007. The Art of HANDOFFS: A Mnemonic for Teaching the Safe Transfer of Critical Patient Information. Available at: <http://healthcare-professionals.sw.org/resources/docs/authorized/ome/TheArtOfHandoffs.pdf> [Accessed September 10, 2015].
- Canadian Association of Internes and Residents, 2014. Handover Education in Canadian Residency Programs. *Policy Statement* (http://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2014/12/CAIR-Policy-Statement-on-Handovers_FINAL-EN.pdf).

- Cheung, D.S. et al., 2010. Improving handoffs in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 55(2), pp.171–80.
- Chu, E.S. et al., 2009. A structured handoff program for interns. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(3), pp.347–52.
- Collins, S.A. et al., 2011. Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: a systematic review. *Journal of biomedical informatics*, 44(4), pp.704–12.
- Compton, J. et al., 2012. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 38(6), pp.261–8.
- Connor, M.P., Bush, A.C. & Brennan, J., 2013. IMOUTA: A proposal for patient care handoffs. *Laryngoscope*, 123(11), pp.2649–2653.
- Derienzo, C. et al., 2014. Neonatal intensive care unit handoffs: a pilot study on core elements and epidemiology of errors. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 34(2), pp.149–52.
- Deutsch, E.S. et al., 2008. S*T*A*R*T: A Great Handoff – an Approach to Effective Medical Communication in a High-Risk Environment. *Advances in health Care Management*, 7, pp.241–258.
- Farhan, M. et al., 2012. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, pp.941–946.
- Flemming, D. & Hübner, U., 2013. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *International journal of medical informatics*, 82(7), pp.580–92.
- Gardiner, T.M., Marshall, A.P. & Gillespie, B.M., 2015. Clinical handover of the critically ill postoperative patient: An integrative review. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*.
- Guise, J.-M. & Lowe, N.K., 2006. Do you speak SBAR? *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 35(3), pp.313–4.
- Horwitz, L.I., Moin, T. & Green, M.L., 2007. Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. *Journal of general internal medicine*, 22(10), pp.1470–4.
- Li, P. et al., 2013. Review of computerized physician handoff tools for improving the quality of patient care. *Journal of hospital medicine*, 8(8), pp.456–63.
- Lyons, M.N., Standley, T.D.A. & Gupta, A.K., 2010. Quality improvement of doctors' shift-change handover in neuro-critical care. *Quality & safety in health care*, 19(6), p.e62.

- Patel, V.P. et al., 2009. Development of electronic software for the management of trauma patients on the orthopaedic unit. *Injury*, 40(4), pp.388–96.
- Petersen, L.A. et al., 1998. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 24(2), pp.77–87.
- Pothier, D. et al., 2005. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(20), pp.1090–3.
- Rabinovitch, D.L. et al., 2009. Nurse practitioner-based sign-out system to facilitate patient communication on a neurosurgical service: a pilot study with recommendations. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 41(6), pp.329–35.
- Raptis, D.A., Fernandes, C. & Boulos, P.B., 2009. Electronic software significantly improves quality of handover in a London teaching hospital. *Health Informatics Journal*, 15(3), pp.191–198.
- Riesenberg, L.A., Leitzsch, J. & Little, B.W., 2009. Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), pp.196–204.
- Robertson, E.R. et al., 2014. Interventions employed to improve intrahospital handover: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 23(7), pp.600–7.
- Ryan, S. et al., 2011. Impact of a new electronic handover system in surgery. *International journal of surgery (London, England)*, 9(3), pp.217–20.
- Salerno, S.M., Arnett, M. V & Domanski, J.P., 2009. Standardized sign-out reduces intern perception of medical errors on the general internal medicine ward. *Teaching and learning in medicine*, 21(2), pp.121–126.
- Sandlin, D., 2007. Improving patient safety by implementing a standardized and consistent approach to hand-off communication. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 22(4), pp.289–92.
- Solet, D.J. et al., 2005. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(12), pp.1094–9.
- Starmer, A.J. et al., 2014. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *New England Journal of Medicine*, 371(19), pp.1803–1812.
- Starmer, A.J. et al., 2013. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA*, 310(21), pp.2262–70.
- Sutcliffe, K.M., Lewton, E. & Rosenthal, M.M., 2004. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(2), pp.186–94.

Vawdrey, D.K. et al., 2013. Implementation of a computerized patient handoff application. *AMIA ... Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium, 2013*, pp.1395–400.

Vidyarthi, A.R. et al., 2006. Managing discontinuity in academic medical centers: strategies for a safe and effective resident sign-out. *Journal of hospital medicine (Online)*, 1(4), pp.257–266.

World Health Organization, 2007. Communication during patient handovers. *Patient Safety Solutions*, 1, pp.1–4.

ANNEXE I

Stratégie de recherche Pubmed :

((((((((((handoff[Title/Abstract]) OR hand-off[Title/Abstract]) OR hand-over[Title/Abstract]) OR handover[Title/Abstract]) OR shift report[Title/Abstract]) OR shift-report[Title/Abstract]) OR signout[Title/Abstract]) OR sign-out[Title/Abstract]) OR signover[Title/Abstract]) OR sign-over[Title/Abstract]) OR clinical round[Title/Abstract]

Stratégie de recherche ScienceDirect:

(TITLE-ABS-KEY("handoff" OR "hand-off" OR "hand-over" OR "handover" OR "shift report" OR "shift-report" OR "signout" OR "sign-out" OR "signover" OR "sign-over" OR "clinical round"))

ANNEXE II

Feuille sommaire des patients



HÔTEL-DIEU

HÔPITAL FLEURIMONT

FEUILLE SOMMAIRE

Date d'admission			Date de départ			Durée du séjour
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	

Cause immédiate du décès :

Autopsie

Diagnostic d'admission (maladie ou affection ayant justifié l'admission)

Diagnostic principal (préciser si différent) :

Identique au diagnostic d'admission

Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (comorbidité)

Diagnostics concomitants (maladies chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation)

Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)

Traitements chirurgical, obstétrical, médical

Examens spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique efficace, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale)

Produits sanguins ou dérivés oui non

Inscrit dans un protocole de recherche

D-E-11610
Rév. 2012-03

Notes complémentaires au verso

FEUILLE SOMMAIRE

DOSSIER MÉDICAL

ANNEXE III

Feuille « liste de problèmes des patients »

HÔTEL-DIEU

HÔPITAL FLEURIMONT

Md de famille _____ PAGE :

ALLERGIE :			INACTIFS (et/ou CHRONIQUES et/ou ANCIENS)		DATE	
INTOLÉRANCE :						
ACTIFS (et/ou AIGUS et/ou RÉCENTS)		DATE	RÉSOLU			
EN FOYER : OUI NON (AUTONOME vs NON AUTONOME)			CODE D'INTENSITÉ THÉRAPEUTIQUE (DE 1 À 5)			
MANDAT : OUI NON DEVANT NOTAIRE OUI NON		TÉL. :	CODE	SIGNATURE MD	No permis	DATE
MANDATAIRE :		TÉL. :				
1	TERMINAL	2	PALLIATIF	3	USUEL	
4	OPTIMAL SANS RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE					
5	OPTIMAL AVEC RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE					

RC 2005-07-04 0-6-11675

LISTE DES PROBLÈMES

DOSSIER



ÉQUIPE DE L'UETMIS

Christian Bellemare, M.Sc.
Cadre intermédiaire de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Pierre Dagenais, MD., Ph.D.
Médecin-conseil

Jean-François Fiset, Ph.D.
Conseiller en évaluation des technologies

Suzanne K. Bédard, B.A.
Conseillère en évaluation des technologies

Thomas Poder, M.Sc., Ph.D.
Cadre intermédiaire en évaluation des technologies

Monique Robillard
Agente administrative classe 1

COMMUNIQUER AVEC L'UETMIS

Pour déposer une demande d'évaluation, pour commander un rapport d'évaluation déjà paru ou pour tout renseignement sur les activités de l'Unité, communiquez avec :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôtel-Dieu de Sherbrooke
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8

Téléphone : 819.346.1110 poste 11879
Courriel : uniteetmis.chus@ssss.gouv.qc.ca

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 