

TROUSSE D'INFORMATION SUR LE TRANSFERT DES SOINS

Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en œuvre
un programme d'amélioration des transferts de soins

Éditeurs: Zia Bismilla et Brian Wong



Comment citer ce document en référence :

Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en œuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018

Section 1 – Le transfert des soins : pourquoi est-ce important?

Gleicher J, McLaughlin T. Section 1 - Le transfert des soins : pourquoi est-ce important? Dans : Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en oeuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018.

Section 2 – Communication et travail d'équipe : les fondements d'un transfert des soins efficace

Huth K, Ward H. Section 2 – Communication et travail d'équipe : les fondements d'un transfert des soins efficace. Dans : Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en oeuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018.

Section 3 – Pratiques exemplaires en transfert des soins

Huth K, McLaughlin T, Nakajima A. Section 3 – Pratiques exemplaires en transfert des soins. Dans : Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en oeuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018.

Section 4 – Mise en oeuvre du programme

Nakajima A, Rayar M. Section 4 – Mise en oeuvre du programme. Dans : Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en oeuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018.

Section 5 – Ressources pédagogiques sur le transfert des soins : élaboration d'un curriculum sur le transfert des soins

Ward H, Nakajima A, Rayar M. Section 5 – Ressources pédagogiques sur le transfert des soins : élaboration d'un curriculum sur le transfert des soins. Dans : Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en oeuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018.

Section 6 – Apprentissage fondé sur des cas

Gleicher J, Eskander A. Section 6 – Apprentissage fondé sur des cas. Dans : Bismilla Z, Wong B. Trousse d'information sur le transfert des soins : Une ressource pour aider à enseigner, à évaluer et à mettre en oeuvre un programme d'amélioration des transferts de soins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2018.

Collège royal des médecins et chirurgiens
du Canada

774, promenade Echo

Ottawa (Ontario) K1S 5N8 Canada

Téléphone: 1-800-668-3740 ou 613-730-8177

Télécopieur: 613-730-3707

Site web: collegeroyal.ca/canmeds

Courriel: canmeds@collegeroyal.ca

© Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018. Tous droits réservés.

Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales, en citant la source ci-dessous ou celles indiquées dans les divers outils. Il faut obtenir l'autorisation écrite du Collège royal pour toute autre utilisation.

Table des matières

Introduction de la trousse d'information sur le transfert des soins	4
Quel est le but de cette trousse d'information sur le transfert des soins CanMEDS?	4
Comment cette trousse d'information est-elle structurée?	5
À qui s'adresse cette trousse d'information?.....	6
Qui a créé cette trousse d'information?	6
SECTION 1 : LE TRANSFERT DES SOINS : POURQUOI EST-CE IMPORTANT?	7
Objectifs de la section.....	7
Définition du transfert des soins.....	7
Transfert des soins et sécurité des patients.....	8
La complexité du transfert des soins	9
L'ajout du transfert des soins au Référentiel de compétences CanMEDS 2015.....	11
SECTION 2 : COMMUNICATION ET TRAVAIL D'ÉQUIPE : LES FONDEMENTS D'UN TRANSFERT DES SOINS EFFICACE	14
Objectifs de la section.....	14
Contexte	14
Les quatre sphères de compétences du travail d'équipe	15
Les caractéristiques d'une communication efficace dans le cadre d'un transfert des soins... ..	18
Les facteurs qui nuisent à une communication efficace durant le transfert des soins.....	19
Les cinq conseils pratiques à retenir	22
SECTION 3: PRATIQUES EXEMPLAIRES EN TRANSFERT DES SOINS	25
Objectif de la section 3	25
Les participants aux transferts de soins doivent recevoir une formation en la matière et avoir à coeur d'effectuer des transferts de soins de grande qualité dépourvus de toute ambiguïté.....	25
Il faut prendre les dispositions nécessaires pour optimiser le cadre dans lequel s'effectuent les transferts de soins	26
Les éléments d'information pertinents doivent être transmis à la fois verbalement et par écrit lors du transfert des soins	26
Le transfert des soins doit être structuré suivant un schéma normalise.....	27
Il faut tirer parti des technologies de l'information pour optimiser le transfert des soins.....	31
Il faut protéger la confidentialité des renseignements personnels du Patient	31
Les cinq conseils pratiques à retenir	32
SECTION 4: MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	35
Objectifs.....	35
Les cinq conseils pratiques à retenir	42
SECTION 5: RESSOURCES PÉDAGOGIQUES SUR LE TRANSFERT DES SOINS : ÉLABORATION D'UN CURRICULUM SUR LE TRANSFERT DES SOINS.....	44
Objectifs de la section 5	44
Contexte	44
Utilisez le <i>Référentiel de compétences CanMEDS 2015</i> pour structurer votre curriculum sur le transfert des soins	45
Concevez un curriculum sur le transfert des soins adapté aux besoins de votre programme de résidence	50

Choisissez les outils pédagogiques et les outils d'évaluation pour votre curriculum sur le transfert des soins	51
Schématisez votre curriculum	59
Les cinq conseils pratiques à retenir	61
SECTION 6: APPRENTISSAGE FONDÉ SUR DES CAS.....	65
Objectifs de la section 6	65
Contexte	65
Considérations importantes relatives aux différents types de transferts de soins	66
Cas no 1 – Transfert des soins au sein de l'équipe d'une unité de soins.....	72
Cas no 1 (2e option) – Transfert effectué à la fin d'un stage	78
Cas no 2 – Transfert des soins au sein d'une équipe chirurgicale durant la fin de semaine	80
Cas no 3 – Transfert des soins prodigués à un patient polytraumatisé	84
Cas no 4 – Transfert des soins de l'unité de soins intensifs à une autre unité de soins	88
Cas no 5 – Transfert des soins en pathologie ou en médecine de laboratoire.....	93
Cas no 6 – Transfert des soins en médecine d'urgence	95
Cas no 7 – Transfert des soins en psychiatrie	99
Les cinq conseils pratiques à retenir	102
Glossaire	104

Introduction de la trousse d'information sur le transfert des soins

Le transfert des soins est une forme de communication importante entre médecins, qui fait partie intégrante de la pratique médicale et qui suscite de plus en plus l'intérêt des éducateurs en médecine et des experts en sécurité des patients. Il s'effectue souvent de façon peu systématique et dans des circonstances qui sont loin d'être idéales entre des stagiaires en tout début de leur formation. Ces derniers commettent des erreurs de communication critiques en omettant certains éléments d'information vitaux et en transmettant des renseignements erronés. Ces erreurs de communication sont la principale cause d'erreurs médicales et d'événements indésirables évitables.

L'importance cruciale du transfert des soins a été mise de l'avant lors des récentes discussions sur les heures de travail des résidents. Les effets de la fatigue sur les fonctions cognitives d'une personne et sa capacité à prendre des décisions ont bien été décrits; cela dit, l'amélioration des heures de travail n'a pas eu les profondes répercussions escomptées sur la sécurité des patients. L'augmentation de la fréquence des transferts de soins associée à la diminution du nombre d'heures de travail n'est probablement pas le seul facteur à l'origine de ces résultats mitigés, mais on croit qu'elle entre en ligne de compte.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada insiste sur l'importance du transfert des soins, à tel point qu'il a ajouté cette compétence au Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Les résidents eux-mêmes reconnaissent que le transfert des soins est une priorité : Médecins résidents du Canada recommande que les résidents suivent une formation officielle sur les aptitudes en transfert des soins et propose que l'établissement d'un curriculum en bonne et due forme sur le transfert des soins compte parmi les normes d'agrément pour la formation des médecins. Mais comme il existe peu de curriculums consacrés au transfert des soins pour l'instant, il est difficile d'enseigner cette compétence. De tout temps, la plupart des stagiaires l'ont acquise de manière informelle auprès de résidents seniors ou de médecins traitants, qui n'avaient pas non plus reçu de formation en la matière. Les enseignants, dont les capacités sont mises à rude épreuve par les contraintes de temps de plus en plus lourdes qui leur sont imposées, recherchent une ressource pratique sur laquelle ils pourront se fonder pour enseigner le transfert des soins aux stagiaires en ayant un minimum de travail préparatoire à faire.

Quel est le but de cette trousse d'information sur le transfert des soins CanMEDS?

La trousse d'information sur le transfert des soins CanMEDS est la plus récente ressource publiée par le Collège royal pour aider les programmes de résidence à faciliter l'acquisition des compétences CanMEDS 2015 et l'atteinte des objectifs de la Compétence par conception (CPC). Cette trousse, qui prend la forme d'un guide facile à utiliser regroupant des éléments d'information importants, sert de base à l'enseignement et à l'évaluation des compétences CanMEDS liées au transfert des soins qui font partie du rôle de collaborateur du médecin, en particulier la compétence habilitante no 3.2 (voir l'encadré).

Nous sommes conscients des nombreuses différences qui existent entre les spécialités et les subsécialités en ce qui a trait à la forme et au contenu du transfert des soins; c'est pourquoi nous avons cherché à réunir les facteurs qui caractérisent un transfert des soins de qualité et qui favorisent des comportements axés sur la sécurité des patients, toutes spécialités confondues. Nous reconnaissons que

vous devrez adapter le matériel fourni aux besoins de votre spécialité et nous espérons que c'est précisément ce que vous ferez. La portée des éléments d'information fournis dans la présente trousse se limite aux transferts de soins effectués au sein d'une équipe soignante, et plus particulièrement, aux transferts de soins effectués au sein d'une équipe soignante en milieu hospitalier. Cela dit, les autres types de transferts (par exemple, transfert des soins prodigués aux patients ambulatoires, transfert interétablissements ou transfert des soins d'un établissement hospitalier à un professionnel de la santé de première ligne, et vice-versa) sont tout aussi importants. La prochaine étape de ce projet consistera à se pencher sur ces autres contextes importants.

Objectifs de la trousse d'information

1. Expliquer en quoi l'enseignement du transfert des soins est important
2. Décrire les éléments fondamentaux d'un transfert des soins verbal ou écrit de grande qualité (caractéristiques générales et caractéristiques propres à certaines spécialités)
3. Fournir des ressources aux éducateurs canadiens chargés de l'enseignement postdoctoral pour qu'ils puissent élaborer et mettre en oeuvre un programme de formation sur le transfert des soins pour leurs résidents, y compris des outils d'évaluation et de perfectionnement du corps professoral

Comment cette trousse d'information est-elle structurée?

Cette trousse d'information comprend six sections. La section 1 explique l'importance du transfert des soins et les conséquences d'un mauvais transfert des soins. La section 2 souligne l'importance d'un bon travail d'équipe et d'une bonne communication et propose des stratégies visant à favoriser ces deux aspects. La section 3 décrit quant à elle les principes fondamentaux à respecter pour effectuer un transfert des soins, que ce soit verbalement ou par écrit, toutes spécialités confondues. Les sections 4 et 5 fournissent des conseils pratiques à ceux qui sont appelés à enseigner le transfert des soins aux résidents et qui cherchent à améliorer cette activité dans leur programme et établissement. Enfin, la section 6 comprend des exemples de cas qui peuvent présenter un intérêt dans certaines spécialités. Toutes les sections ont la même structure : elles commencent par un énoncé des objectifs et une mise en contexte décrivant sommairement les principaux points abordés, qui sont suivis de la matière proprement dite, et elles se terminent par une liste de références et des ressources utiles. Il n'est pas nécessaire de consulter les sections dans l'ordre, et vous pouvez ignorer complètement celles qui portent sur des sujets qui ne servent pas vos objectifs. Vous pouvez également passer d'une section à l'autre ou remettre à plus tard la consultation d'une section, au besoin. Des liens ont été établis entre certains éléments d'information présentés dans les différentes sections, lorsque cela se justifiait. Au lieu de reprendre l'information présentée dans les ressources existantes, nous avons préféré vous fournir les références de celles-ci et des hyperliens qui permettent d'y avoir accès facilement. Nous comptons principalement diffuser cette trousse d'information en ligne, afin de faciliter l'accès aux ressources externes, de tenir l'information qui y est présentée à jour et d'y intégrer de nouvelles ressources dès que nous en aurons pris connaissance. Vous pourrez télécharger les différentes sections pour exploiter le matériel qu'elles contiennent et l'adapter aux besoins particuliers de votre programme.

À qui s'adresse cette trousse d'information?

Cette trousse d'information est destinée d'abord et avant tout aux éducateurs et aux enseignants. Elle a été conçue en vue de les aider à élaborer un curriculum ou à trouver des solutions pour intégrer des projets d'amélioration du transfert des soins dans leur programme. Les enseignants y trouveront des exemples concrets de méthodes d'enseignement du transfert des soins aux stagiaires et d'évaluation de cette compétence dans le cadre du CPC. La trousse s'adresse ensuite aux stagiaires eux-mêmes, auxquels elle fournit des stratégies simples pour améliorer les transferts de soins au quotidien, ainsi qu'aux cliniciens qui souhaitent améliorer leurs propres compétences en la matière et améliorer de ce fait la sécurité des patients.

Qui a créé cette trousse d'information?

La trousse d'information sur le transfert des soins CanMEDS a été conçue par des praticiens et des résidents qui représentent diverses régions du Canada et diverses spécialités médicales. Plus précisément, les auteurs de cette trousse sont des experts en la matière et des éducateurs ayant à coeur d'améliorer la sécurité des patients et les soins prodigués à ceux-ci en améliorant les transferts de soins.

Nous tenons à remercier Denyse Richardson et Janet Nuth pour les services-conseils approfondis qu'elles nous ont fournis dans le cadre de ce projet; Wendy Jemmett, Cynthia Abbott et l'équipe CanMEDS pour le soutien indéfectible dont elles ont fait preuve et les conseils qu'elles nous ont prodigués tout au long de ce projet; et tous ceux qui ont participé en 2017 à l'atelier Handing over the Handover Toolkit (Une trousse complète pour enseigner et évaluer les compétences en transfert des soins) lors de la Conférence internationale sur la formation des résidents.

Avec tous nos remerciements,

Zia Bismilla et l'équipe de la trousse d'information sur le transfert des soins

SECTION 1 : LE TRANSFERT DES SOINS : POURQUOI EST-CE IMPORTANT?

Auteurs : Joshua Gleicher MD, MSc, FRCSC; Thomas McLaughlin MD, FRCPC

Objectifs de la section

Après avoir lu la présente section, vous devriez être en mesure de :

1. Comprendre la définition du transfert des soins
2. Décrire en quoi un mauvais transfert de soins peut être à l'origine d'erreurs médicales et d'événements indésirables
3. Expliquer les raisons qui justifient l'ajout du transfert des soins aux compétences décrites dans le Référentiel de compétences CanMEDS 2015

Aperçu de la section

- Définition du transfert des soins
- Transfert des soins et sécurité des patients
- La complexité du transfert des soins
- L'ajout du transfert des soins au Référentiel de compétences CanMEDS 2015

Définition du transfert des soins

[Le transfert des soins](#) est défini de la façon suivante dans le Référentiel de compétences CanMEDS 2015 : « transfert temporaire ou permanent des responsabilités et de la reddition de comptes concernant certains aspects ou l'ensemble des aspects des soins prodigués à un patient ou à un groupe de patients [...], à la fois verbalement et par écrit ». De même, l'Association canadienne de protection médicale précise que le transfert des soins comprend non seulement un transfert de responsabilités à l'égard des soins prodigués à un patient, mais également un transfert d'information¹. Ces deux définitions soulignent le fait que le transfert des soins est bel et bien un processus multifactoriel, et non pas un simple échange d'information.

Il existe de nombreux types de transferts de soins. Par exemple, un patient peut être transféré du service des urgences à l'équipe soignante qui prendra son hospitalisation en charge, auquel cas le transfert des soins qui lui sont prodigués s'effectue entre deux équipes différentes. Il se peut aussi que les soins fournis à un patient qui est sous la responsabilité d'une équipe donnée au sein d'une unité donnée soient transférés d'un membre de l'équipe qui termine son quart de travail à un autre membre de l'équipe qui prend le relais (p. ex., transfert effectué à la fin de la journée entre le médecin de jour et le médecin de nuit). Mentionnons enfin le cas où les soins dispensés à un patient qui est sur le point de recevoir son congé sont transférés à un autre hôpital ou à un professionnel de la santé exerçant en milieu communautaire. Chaque équipe clinique a des besoins particuliers, si bien que les éléments d'information clés qui doivent être transmis lors d'un transfert des soins varient d'une équipe à l'autre.

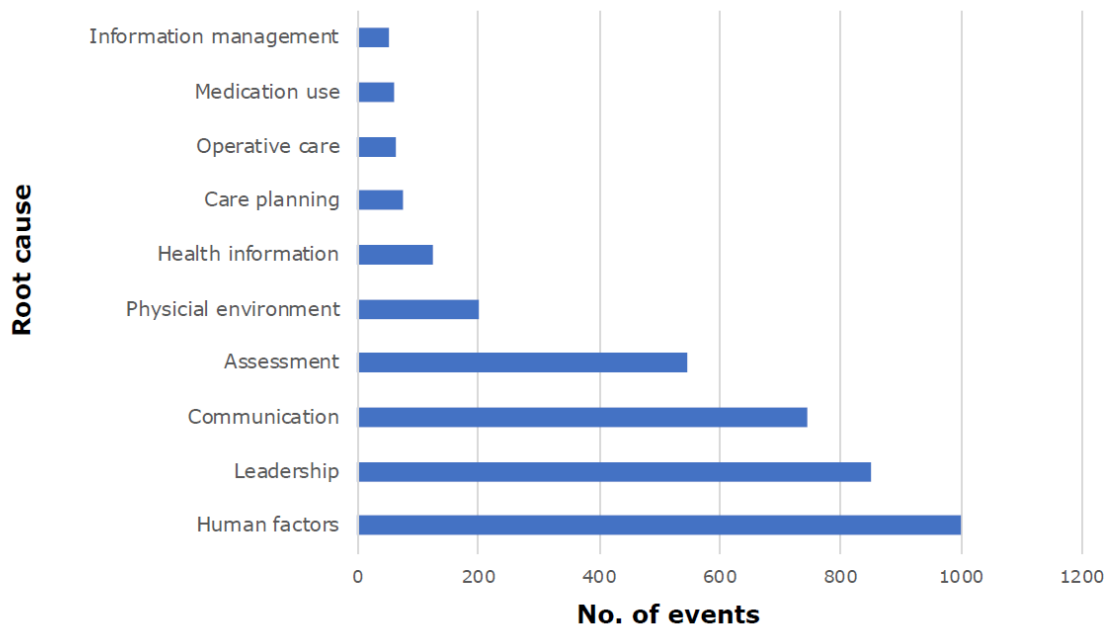
Certes, il existe de nombreux types de transferts de soins comme nous venons de le mentionner, mais les obstacles qui nuisent à l'efficacité d'une telle activité, eux, demeurent les mêmes. Ainsi, les lacunes dans la structure du transfert des soins et la consignation des renseignements liés à celui-ci, les interruptions, la complexité du cas et l'absence de plan d'urgence sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à l'omission de renseignements cruciaux lors du transfert des soins et, par voie de conséquence, nuire au patient.

Transfert des soins et sécurité des patients

Les erreurs médicales et les événements indésirables sont des causes fréquentes de préjudices potentiellement évitables subis par les patients. En 2004, le taux d'incidence d'événements indésirables chez les patients admis dans des hôpitaux canadiens était de 7,5 % selon la Canadian Adverse Events Study (étude canadienne sur les événements indésirables). Les auteurs de cette étude ont estimé que 36,9 % de ces événements étaient évitables². La National Academy of Medicine (autrefois Institute of Medicine) des États-Unis a fait état de taux d'incidence similaires en 2000 et a constaté que bon nombre d'événements indésirables évitables ont contribué à la mort des patients concernés³.

La nécessité d'améliorer la communication entre les soignants a été mise de l'avant dans le cadre du mouvement de coalition pour la sécurité des patients, qui la présente comme un volet important de la stratégie de réduction du nombre d'événements indésirables. C'est à juste titre que l'on accorde une telle importance à la communication : l'analyse des causes profondes effectuée par la Joint Commission on Accreditation of Healthcare afin d'examiner les événements sentinelles qui lui ont été déclarés a révélé que les problèmes de communication figurent parmi les principaux facteurs ayant contribué à ces événements. La figure 1.1 illustre les données sur les causes profondes des événements sentinelles rapportés en 2015⁴.

Pour qu'un transfert des soins soit efficace, il est nécessaire que les soignants concernés possèdent de grandes aptitudes cliniques et communicationnelles et qu'ils sachent mettre à profit leurs connaissances sur les systèmes de soins au cours d'une seule et même activité astreignante ayant une durée limitée. Étant donné sa complexité, le transfert des soins est une forme de communication entre soignants particulièrement délicate qui est associée à un risque élevé d'erreurs médicales. Jusqu'à 75 % des échecs dans le transfert des soins se soldent par des événements indésirables évitables et portent préjudice aux patients^{5,6}. Lors de plusieurs études, la plupart des résidents interrogés ont indiqué qu'au moins un des patients dont ils étaient responsables avait subi un préjudice à la suite d'un transfert des soins sous-optimal⁷⁻⁹.



9.

Figure 1.1. Causes profondes des événements sentinelles rapportés à la Joint Commission en 20154 (reproduction autorisée par la Joint Commission)

La complexité du transfert des soins

La figure 1.2 illustre les nombreux éléments du transfert des soins et les facteurs de confusion possibles. Ce modèle conceptuel illustre bien de quelle façon les facteurs propres au professionnel de la santé, les facteurs liés au patient et les facteurs contextuels influent sur l'efficacité du transfert des soins. À titre d'exemple, lorsqu'un professionnel de la santé inexpérimenté ayant reçu une formation minimale en transfert des soins tente de transférer un cas complexe à un autre professionnel de la santé en pleine situation d'urgence dans un milieu bouillonnant d'activité, il se peut que certains éléments d'information critiques ne soient pas transmis, ce qui accroît le risque d'erreur médicale¹⁰.

Outre la complexité qui caractérise le transfert des soins, certains obstacles liés à l'établissement lui-même et aux exigences en formation peuvent contribuer à réduire la probabilité que ce processus se déroule sans heurts. Le risque d'échec du transfert des soins est encore plus élevé dans les centres hospitaliers universitaires que dans d'autres milieux, parce que cette activité y est plus fréquente et parce qu'elle est associée à des facteurs de stress additionnels (apprenants en début de formation, travail sous pression, gravité et complexité accrues des cas).

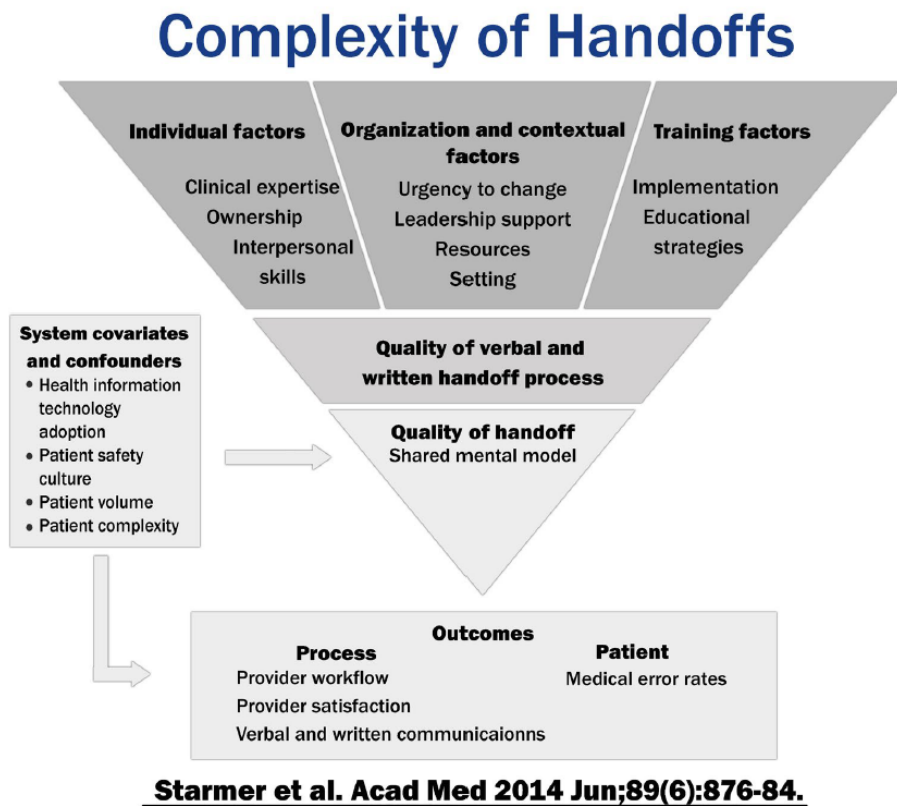


Figure 1.2. Modèle conceptuel qui illustre la complexité du transfert des soins et résume les liens existant entre les facteurs qui influent sur cette tâche, les covariables et les résultats (reproduit avec l'autorisation du groupe)

Les grands organismes de santé publique, tels que l'Organisation mondiale de la Santé et la National Academy of Medicine des États-Unis, sont conscients des lacunes actuelles en transfert des soins. Les rapports et les lignes directrices qu'ils ont publiés soulignent la nécessité de communiquer efficacement les renseignements sur les patients et indiquent que l'échec de cet acte de communication peut leur porter préjudice^{3,11}. En 2017, la Joint Commission a émis une Sentinel Event Alert (alerte spéciale sur les événements sentinelles) qui met en évidence les préjudices considérables que peuvent subir les patients ayant fait l'objet d'un piètre transfert des soins et la possibilité d'améliorer la sécurité des patients en mettant en oeuvre des projets d'amélioration du transfert des soins¹². On s'est beaucoup penché sur la nécessité de modifier les heures de travail en vue d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs médicales liées à la fatigue des professionnels de la santé. Or la réduction des quarts de travail passe également par une augmentation de la fréquence des transferts de soins, qui peut se traduire dans les faits par une augmentation du risque d'erreur médicale. Selon une étude menée en 2013 qui visait à comparer des quarts de travail de 30 heures à des quarts de travail de 16 heures au sein du personnel du département de médecine interne de l'hôpital Johns Hopkins, le taux d'augmentation du nombre minimal de transferts de soins par patient pouvait atteindre jusqu'à 200 % au sein du groupe ayant effectué des quarts de travail de 16 heures. Les auteurs de cette étude ont insisté sur les risques additionnels que les transferts de soins représentent dans le cadre des soins prodigués aux patients et recommandent d'enseigner et de normaliser cette activité afin de les atténuer¹³.

L'ajout du transfert des soins au Référentiel de compétences CanMEDS 2015

Les lacunes observées jusqu'à ce jour dans les transferts de soins, toutes disciplines confondues, font ressortir la nécessité pour les médecins de suivre une formation axée sur les aptitudes et les stratégies indispensables pour effectuer des transferts de soins efficaces. Pour l'heure, on enseigne souvent le transfert des soins aux stagiaires de manière inadéquate, si tant est qu'on leur inculque une telle compétence. Même lorsque le transfert des soins fait partie intégrante du curriculum des études postdoctorales, l'enseignement se fait souvent en vase clos, le contenu n'est pas normalisé et les enseignants ont peu d'outils pédagogiques à leur disposition. C'est pour cette raison que les experts du projet CanMEDS 2015 ont décidé d'ajouter le transfert des soins à la liste des compétences du Référentiel de compétences CanMEDS 2015 et d'élaborer des ressources telles que la présente trousse d'information en vue d'aider les éducateurs à élaborer des curriculums sur le transfert des soins, à l'enseigner à leurs stagiaires et à évaluer les compétences de ceux-ci en la matière.

Compte tenu de son omniprésence dans toutes les professions de la santé et du rôle qu'il joue dans la prestation de soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins des patients, le transfert des soins compte parmi les compétences fondamentales associées au rôle de collaborateur des médecins dans le Référentiel de compétences CanMEDS 2015 (figure 1.3)¹⁴. La compétence clé et les compétences habilitantes liées au transfert des soins sont énumérées dans le tableau 1.1.

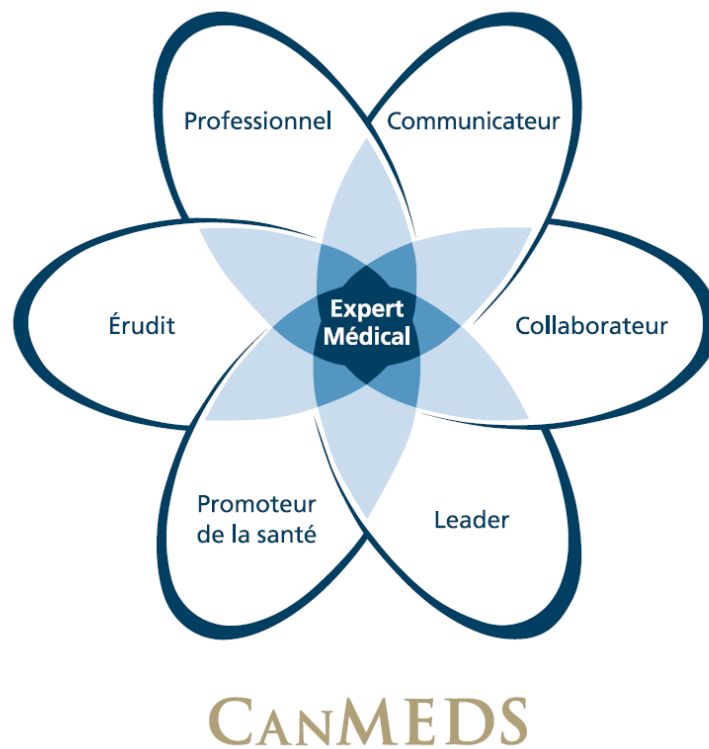


Figure 1.3. Compétences des médecins CanMEDS 2015.

Compétence clé et compétences habilitantes liées au transfert des soins que doivent posséder les médecins pour remplir leur rôle de collaborateur, selon le Référentiel de compétences CanMEDS 2015¹⁴.

COMPÉTENCE CLÉ :

Les médecins sont capables :

d'assurer de manière sécuritaire la transition du patient vers un autre professionnel de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité

COMPÉTENCES HABILITANTES :

- 3.1 de déterminer quand effectuer un transfert des soins à un autre médecin ou professionnel de la santé
- 3.2 d'effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins

Références

1. Association canadienne de protection médicale. *Transferts* [Internet]. Ottawa: Association canadienne de protection médicale. Disponible au https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/what_is_a_handover-f.html.
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678–86.
3. National Academy of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
4. Joint Commission. 2015. *Sentinel event statistics released for 2015* [Internet]. Chicago: The Joint Commission, 2016 Apr.
5. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, et al. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care. *Ann Surg* 2010;252:402–7.
6. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:533–40.
7. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186–94.
8. Riesenber LA, Leitzsch J, Massucci JL, et al. Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature. *Acad Med* 2009;84(12):1775–87.
9. Volpp KG, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003;348(9):851–5.

10. Starmer AJ, O'Toole JK, Rosenbluth G, et al. Development, implementation, and dissemination of the I-PASS handoff curriculum: a multisite educational intervention to improve patient handoffs. *Acad Med* 2014;89(6):876–84.
11. Organisation mondiale de la Santé. *Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale et manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2008 [cité le 9 mars 2017]. Disponible au <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/>.
12. Joint Commission. *Sentinel event alert 58: inadequate hand-off communication*. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2017 Sept 12 [cité le 17 septembre 2017]. Disponible au https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/.
13. Desai SV, Feldman L, Brown L, et al. Effect of the 2011 vs 2003 duty hour regulation-compliant models on sleep duration, trainee education, and continuity of patient care among internal medicine house staff: a randomized trial. *JAMA Intern Med* 2013;173(8):649–55.
14. Richardson D, Calder L, Dean H, et al. Collaborateur. Dans: Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.

SECTION 2 : COMMUNICATION ET TRAVAIL D'ÉQUIPE : LES FONDEMENTS D'UN TRANSFERT DES SOINS EFFICACE

Auteurs : Kathleen Huth, MD, MMSc, FRCPC; Heather Ward, MD, MSC, FRCPC

Objectifs de la section

Après avoir lu la présente section, vous devriez être en mesure de :

1. Décrire les techniques de communication fondées sur des données probantes utilisées par les équipes soignantes très performantes
2. Comprendre les obstacles qui empêchent les membres d'une équipe soignante de communiquer efficacement et les conséquences sur la prise en charge des patients
3. Appliquer des conseils pratiques pour favoriser l'efficacité des communications entre les membres d'une équipe durant les transferts de soins

Aperçu de la section

- Contexte
- Les quatre sphères de compétences du travail d'équipe
- Les caractéristiques d'une communication efficace dans le cadre d'un transfert des soins
- Les facteurs qui nuisent à une communication efficace durant le transfert des soins
- Les cinq conseils pratiques à retenir

Contexte

[Le transfert des soins](#) est une activité médicale qui comporte certains risques pour la sécurité des patients : 80 % des événements indésirables graves ou évitables sont liés à des problèmes de [communication](#) survenus durant un transfert des soins^{1,2}. Les erreurs de communication, qui sont attribuables à une transmission incomplète de l'information ou à une mauvaise réception de l'information transmise, nuisent à la capacité des interlocuteurs à arriver à une interprétation clinique commune du transfert de la responsabilité des soins¹⁻³. Les malentendus, les lacunes dans l'exécution des tâches et les incertitudes liées à la prise de décisions cliniques qui s'ensuivent sont à l'origine d'une rupture dans la continuité des soins, d'une prolongation de l'hospitalisation et d'une augmentation du coût des soins de santé, et ils portent préjudice aux patients⁴⁻⁶. Comme nous l'avons indiqué dans la section 1, les récentes modifications apportées aux heures de travail ont entraîné une augmentation de la fréquence des transferts de soins⁷ et, par voie de conséquence, une hausse du risque de fragmentation des soins et d'incident lié à la sécurité du patient⁴. L'application des principes qui sous-tendent une communication et un travail d'équipe efficaces réduira les erreurs de communication et les préjudices subis par les patients⁸.

De nombreuses organisations ont mesuré l'importance cruciale d'une communication efficace pour garantir la sécurité des patients. La National Academy of Medicine insiste par exemple sur la nécessité de mettre en place des programmes de formation structurée sur le raisonnement clinique, le travail

d'équipe et la communication, afin de limiter les problèmes liés à la sécurité des patients qui découlent des erreurs de communication⁹. Le programme TeamSTEPPS est un exemple de programme de formation axé sur le travail d'équipe qui a été mis en oeuvre efficacement dans divers milieux de soins de santé¹⁰.

Des chercheurs en [ingénierie](#) des facteurs humains ont étudié le processus de communication associé aux transferts de soins dans divers contextes, et bon nombre des recommandations issues de leurs travaux sont applicables à la médecine, notamment celles qui portent sur la nécessité de normaliser la transmission de l'information et la nécessité pour le récepteur de vérifier s'il a bien compris l'information qui lui a été transmise^{2,11}. Dès lors que la structure des transferts de soins effectués verbalement et par écrit aura été normalisée, la communication s'en trouvera améliorée. Pour effectuer un transfert des soins de qualité (qualité du processus, du schéma de présentation utilisé et du contenu), il faut tenir compte du contexte dans lequel celui-ci se déroule, à savoir les caractéristiques de l'émetteur et du récepteur de l'information (p. ex., expérience clinique, fatigue), la culture du milieu de travail et la complexité du cas^{2,12,13}. Pour garantir la réussite d'un transfert des soins dans des circonstances complexes, l'émetteur et le récepteur doivent engager un dialogue suivant un schéma normalisé qui leur permettra d'arriver à une interprétation commune de tous les problèmes cliniques qui se posent^{2,4,13}. Par ailleurs, la personne qui transfère les soins, tout comme celle qui prend la responsabilité de ceux-ci, doivent veiller à ce que tous les membres de [l'équipe soignante](#) s'appuient sur un [modèle mental commun](#), au même titre que le patient et sa famille⁵. Il est apparu lors d'une récente étude prospective menée auprès de 257 paires formées de résidents et de parents de jeunes patients que près de la moitié d'entre elles n'étaient pas arrivées à une interprétation commune du plan de soins pour la nuit¹⁴. La mise en place de pratiques exemplaires grâce auxquelles les patients et leur famille ou leurs aidants deviennent des parties prenantes du transfert des soins est un axe de recherche qui suscite un vif intérêt en ce moment.^{1,2}

Les quatre sphères de compétences du travail d'équipe

Dans son programme TeamSTEPPS, l'Agency for Healthcare Research and Quality (agence américaine pour la recherche sur les soins de santé et la qualité de ces soins) décrit quatre grandes sphères de compétences du travail d'équipe qui permettent d'optimiser la sécurité des patients, en se fondant sur l'étude d'organisations à haute fiabilité de l'armée et des secteurs de l'aviation et de l'énergie nucléaire. Nous décrivons dans les passages qui suivent chacune de ces sphères de compétences et la façon dont elle se manifeste dans le cadre d'un transfert des soins.

LEADERSHIP

Manifestations :

Le rôle de tous les membres de l'équipe et les attentes nourries à l'égard de chacun d'eux sont définis clairement au sein d'une équipe qui bénéficie d'un leadership efficace. Les tâches sont déléguées judicieusement de façon à garantir une gestion optimale des ressources, et les membres de l'équipe organisent des réunions d'information et de bilan pour coordonner leurs efforts.

Questions à se poser :

Qui est chargé de mettre à jour le document qui fait état du transfert des soins et de vérifier son exactitude, et suivant quels délais?

Qui est chargé de transférer les soins verbalement à l'équipe de nuit? Les membres de l'équipe ont-ils convenu d'un lieu et d'une heure pour ce faire? Qui dirigera le transfert des soins verbal?

Quel membre de l'équipe de nuit se chargera d'appliquer les mesures qui ont été prises? Qui l'équipe de nuit peut-elle joindre durant la nuit en cas de questions ou de préoccupations?

SURVEILLANCE DE LA SITUATION

Manifestations :

Par surveillance de la situation, on entend l'activité qui consiste à évaluer une situation clinique en examinant attentivement les comportements et les interventions. Certes, la surveillance de la situation permet au professionnel de la santé d'acquérir la conscience situationnelle nécessaire, mais pour établir un modèle mental commun avec les autres membres de son équipe, il doit leur faire part de ce dont il a conscience en communiquant avec eux (figure 2.1)¹⁰. Pour que l'efficacité d'une équipe s'améliore, tous les membres de celle-ci doivent interpréter une situation donnée de la même façon. Ils doivent surveiller leurs interventions respectives afin de prendre conscience de la fonction des autres membres de l'équipe et des nouveaux besoins de ceux-ci.

Questions à se poser :

Les membres de l'équipe ont-ils discuté de la stabilité de l'état du patient, de l'état des problèmes médicaux de celui-ci et des mesures qui s'imposent? Ont-ils établi un modèle mental commun ou ont-ils convenu d'un plan pour parer à des événements potentiels, tels que ceux qui pourraient survenir durant la nuit?

A-t-il été possible d'observer directement les compétences des autres membres de l'équipe de transfert des soins (qu'ils se soient retrouvés dans le rôle du professionnel qui transfère les soins ou de celui qui en prend la responsabilité) et ont-ils reçu une rétroaction?

Building A Shared Mental Model

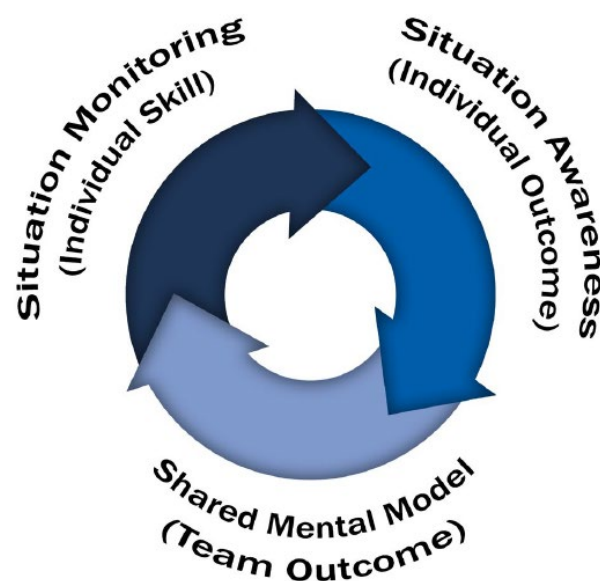


Figure 2.1. Établissement d'un modèle mental commun favorisé par une surveillance de la situation (reproduction autorisée par l'[AHRQ](#)).

SOUTIEN MUTUEL

Manifestations :

Les membres de l'équipe sont à l'aise avec la perspective d'énoncer leurs besoins et d'attirer l'attention sur les besoins de leurs coéquipiers afin d'obtenir du soutien additionnel au besoin. Ils collaborent à la résolution des problèmes liés au rendement de l'équipe et veillent ensemble à ce que toutes les tâches prévues soient effectuées.

Questions à se poser :

Les membres de l'équipe ont-ils convenu que les mesures de suivi et les plans d'urgence prévus sont appropriés et réalisables?

Tous les membres de l'équipe ont-ils eu la chance de poser des questions et de faire part de leurs préoccupations à leurs coéquipiers?

Les membres expérimentés de l'équipe (membres seniors) se sont-ils assurés que ceux qui sont en début de formation (membres juniors) sont à l'aise avec les éléments d'information dont ils disposent et les plans établis?

COMMUNICATION

Manifestations :

Les échanges d'information entre tous les membres de l'équipe sont efficaces et les éléments d'information échangés sont exacts. L'équipe se sert d'outils de communication normalisés afin que les éléments d'information clés soient transmis en toute fiabilité. Les membres de l'équipe appliquent les principes de la [communication en boucle fermée](#) pour confirmer qu'ils ont bien compris l'information qu'ils ont reçue. Cette technique de communication comprend trois étapes : l'émetteur amorce la communication en émettant un message, le récepteur confirme qu'il a entendu le message et en répète le contenu, et enfin l'émetteur vérifie si le message a été interprété correctement (figure 2.2)¹⁰.

Questions à se poser :

Les transmissions d'information verbale et écrite ont-elles été effectuées conformément au schéma de présentation standard?

La personne à qui les soins sont transférés a-t-elle synthétisé explicitement l'information qu'elle a reçue pour vérifier qu'elle l'a bien comprise?

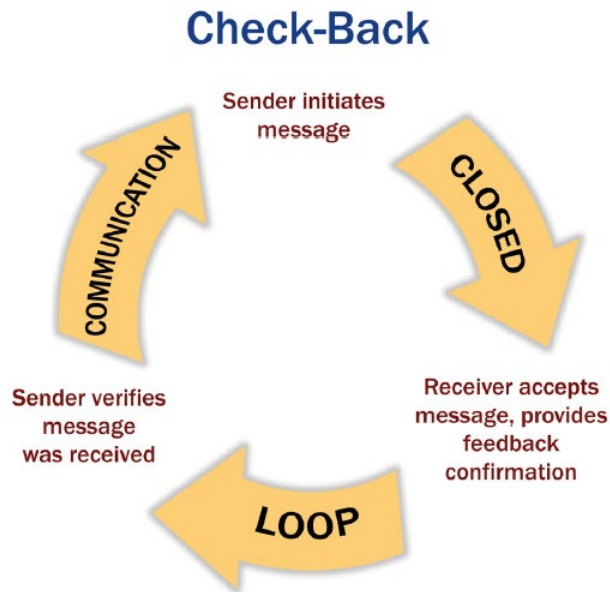


Figure 2.2. Reproduction autorisée par l'[AHRO](#).

Depuis qu'il a été mis à la disposition des professionnels de la santé, le programme TeamSTEPPS a été appliqué dans des unités de soins hospitaliers, des services d'urgence, des salles d'opération, des salles de travail et d'accouchement et des unités de soins intensifs, et des améliorations de divers paramètres d'évaluation de la qualité ont été notées¹⁵. Vous trouverez sur le site Web de ce programme un complément d'information sur les stratégies de mise en oeuvre employées dans des contextes de soins particuliers et les efforts d'évaluation déployés en vue de quantifier ou de qualifier les répercussions de l'utilisation de [ce programme](#).

Les caractéristiques d'une communication efficace dans le cadre d'un transfert des soins

Le transfert des soins est une activité complexe. Pour qu'il soit effectué efficacement, il faut que les participants possèdent des aptitudes particulières pour la communication, notamment la capacité de synthétiser l'information, de vérifier que l'information a été bien comprise et de chercher à obtenir une rétroaction^{8,16}. L'équipe qui transfère les soins et celle qui prend le relais doivent être bien préparées et doivent être en mesure d'établir la priorité des messages échangés^{8,17}.

Un transfert des soins efficace possède les caractéristiques suivantes :

Il s'inscrit dans le cadre d'une **culture de communication** ouverte où l'on accorde de l'importance à l'opinion de tous les membres de l'équipe, qui n'hésitent pas à poser des questions, à exprimer leurs inquiétudes ou à faire des suggestions, et ce, quel que soit leur rôle ou leur niveau hiérarchique.

Tous les actes de communication sont régis par un **processus normalisé**. En effet, une méthode de transfert des soins structurée, qui offre entre autres la possibilité à la personne à qui les soins sont transférés de demander des éclaircissements, permet de vérifier les éléments d'information qui sont transmis¹⁸.

La personne qui transfère les soins communique clairement les problèmes évolutifs à suivre et les **plans d'urgence** prévus à celle qui prend le relais. Elle lui fournit des renseignements ayant une visée prospective pour le quart de travail qui commence, au lieu de se contenter de lui faire une analyse rétrospective du quart de travail qui s'achève⁵.

La personne qui transfère les soins et celle qui prend le relais ont bâti un **modèle mental commun** ou se sont mises d'accord sur les paramètres du processus et de l'issue du transfert des soins qui sont importants pour elles en dialoguant¹. Les membres de l'équipe soignante interprètent toutes de la même façon les problèmes cliniques et leur ordre de priorité¹⁷. Les membres de l'équipe ont non seulement établi un modèle mental commun concernant le patient, mais en plus, ils font état de leur propre modèle mental du volume de patients et de la taille de l'équipe dans son ensemble (p. ex., urgence globale des cas, flux des patients et adéquation entre les ressources nécessaires pour prendre les patients en charge et les ressources disponibles¹).

La personne à qui les soins sont transférés assume les mêmes responsabilités en communication que celle qui les lui transfère, en ce sens qu'elle doit synthétiser l'information, vérifier qu'elle a compris les attentes formulées et s'assurer que leurs modèles mentaux respectifs concordent². Les participants au transfert des soins appliquent la méthode de la [relecture](#) et se posent des questions de clarification en vue de vérifier si le message a été reçu correctement et de dissiper tout malentendu¹⁸. Les principes de la **communication en boucle fermée** sont appliqués non seulement durant le transfert des soins, mais également après celui-ci, afin que les participants puissent avoir la possibilité de revenir sur des renseignements inexacts ou des omissions importantes.

Un modèle mental commun est établi avec le **patient et sa famille**. Il renforce non seulement l'approche de soins fondée sur le travail d'équipe, mais en plus, il facilite la coordination et la continuité des soins et peut prévenir d'éventuelles erreurs¹⁹.

Des notes claires sont transmises : elles contiennent suffisamment d'information pour que tous les membres de l'équipe comprennent les évaluations et les plans¹⁸.

Les facteurs qui nuisent à une communication efficace durant le transfert des soins

Le transfert des soins s'effectue souvent dans un environnement complexe dans lequel les interruptions et les sources de distraction sont fréquentes. Les messages vagues ou ambigus nuisent à la transmission de renseignements exacts, et exigent que le récepteur vérifie qu'il a bien assimilé l'information qu'il devait assimiler en participant activement à l'acte de communication. La fatigue et la nécessité de mener plusieurs tâches de front peuvent contribuer à alourdir la [charge cognitive](#) des participants aux transferts de soins. Quelques facteurs qui contribuent souvent aux erreurs de communication sont répertoriés dans le tableau 2.1, puis décrits en détail dans les paragraphes qui suivent. Bon nombre d'entre eux sont également examinés dans les exemples de cas présentés dans la section 6, qui fournissent des objectifs d'apprentissage que vous pouvez adapter à votre programme.

Les **interruptions** et les **sources de distraction** sont nombreuses lorsque le transfert des soins s'effectue au sein d'une unité de soins hospitaliers où d'autres activités de soins ont lieu. Par exemple, il arrive que des consultants interrompent le transfert des soins en faisant leur tournée à la fin de la journée pour poser des questions importantes à l'équipe de jour ou pour lui demander des renseignements importants. De même, il se peut que le personnel infirmier ait des questions ou des demandes urgentes

à propos des patients. Les autres sources de distraction peuvent être de nature sonore, comme le bruit (conversations environnantes, bips émis par les moniteurs), ou visuelle (personnes qui vont et viennent autour des bureaux; dossiers et notes qui passent de main en main). Tous ces facteurs sont susceptibles de détourner l'attention de la personne qui transfère les soins et de celle qui prend le relais lors d'un transfert des soins verbal : il est possible qu'elles perdent le fil de leur réflexion ou qu'elles ne saisissent pas certains éléments d'information critiques. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le contexte optimal pour effectuer des transferts de soins à la section 3.

La nécessité pour les participants au transfert des soins de **mener plusieurs tâches de front** peut influencer elle aussi sur l'acte de communication associé à celui-ci. On croit souvent à tort que la plupart des gens sont capables d'exécuter efficacement plusieurs tâches en même temps. À la fin d'un après-midi occupé, un résident pourrait être tenté de transférer les soins au résident qui vient assurer une couverture tout en essayant de terminer d'autres tâches (p. ex., cosigner des ordonnances, remplir des demandes ou surveiller un moniteur). Cela dit, dès lors que les tâches qui sont effectuées simultanément ne sont pas purement automatiques, le fait de passer rapidement de l'une à l'autre peut nuire à la qualité de leur exécution et accroître le risque d'erreurs, y compris les erreurs de communication²⁰.

Les **relations hiérarchiques** qui existent entre les stagiaires, les membres de l'équipe soignante interdisciplinaire et les patients ou leur famille peuvent compromettre l'efficacité de la transmission de l'information lors du transfert des soins. En effet, il se peut que certains participants s'abstiennent de donner sincèrement leur avis ou de poser des questions pour vérifier qu'ils ont bien compris (un des principes de la stratégie de [communication en boucle fermée](#)) par peur de paraître incompetents^{21,22}. Il faut que les membres de l'équipe se sentent autorisés à demander des précisions sur les évaluations et les plans prévus, voire à les remettre en question. La question des relations hiérarchiques et de la possibilité de s'exprimer en toute franchise est examinée à la section 5.

La **fatigue** peut être à l'origine de troubles de l'attention ou de la mémoire, d'un état de confusion, d'un ralentissement du traitement de l'information et de problèmes de communication²³. À la fin de la journée, si l'équipe de jour termine un quart de travail très actif et que le résident qui vient assurer la couverture a travaillé de nuit ou que son quart de travail s'est prolongé, il sera probablement fatigué, tout comme la personne qui lui transfère les soins, ce qui accroîtra le risque d'erreurs de communication.

Toute **ambiguïté quant à la composition de l'équipe ou quant aux rôles des membres de celle-ci** peut également contribuer à des erreurs de communication. On part souvent du principe que les étudiants en médecine et les résidents savent qui sont les autres membres de l'équipe et qu'ils connaissent le rôle et les responsabilités de chacun, en particulier au début d'un stage. Or ce n'est pas toujours le cas, et les médecins traitants au sein des unités de soins concernées ne sont pas toujours mieux informés. Par conséquent, en l'absence d'une formation ou d'une orientation ciblées, il se peut que les membres de l'équipe ne soient pas bien préparés pour les transferts de soins ou que les attentes nourries à l'égard des éléments d'information à communiquer à l'équipe qui vient assurer la couverture ne soient pas claires.

Enfin, **l'écoute passive** aboutit à une transmission inefficace de l'information durant le transfert des soins. Il a été établi que même dans des conditions idéales, c'est-à-dire en l'absence des facteurs de risque décrits ci-dessus, l'information la plus importante n'est pas transmise au récepteur dans 60 % des cas, et ce, même si l'émetteur pense l'inverse¹. Il est donc essentiel que son interlocuteur l'écoute activement, en lui posant des questions et en confirmant l'information qu'il reçoit dans le cadre d'une conversation bien

ciblée en vue de construire ainsi un modèle mental commun avec lui, en particulier lorsqu'il s'agit de transférer les soins prodigués à un patient dont l'état est instable^{2,13}. Les stratégies d'écoute active consistent à alléger la charge cognitive en réduisant les sources de distraction au minimum, à encourager le récepteur à poser des questions et à appliquer les principes de la communication par anticipation (p. ex., le récepteur s'informe sur les patients dont l'état est préoccupant)².

Facteurs de risque d'erreurs de communication et stratégies de correction (d'après l'Association canadienne de protection médicale)

Facteur de risque: Interruptions fréquentes et présence de nombreuses sources de distraction dans le milieu où s'effectue le transfert des soins

Stratégie: Effectuer le transfert des soins dans un lieu calme propice à cette activité

Cas (voir la section 6): 2, 4, et 6

Facteur de risque: Nécessité de mener plusieurs tâches de front

Stratégie: Se concentrer sur le transfert des soins; pour ce faire, déléguer ou reporter toute autre activité de soins

Cas (voir la section 6): 2 et 4

Facteur de risque: Relations hiérarchiques qui nuisent à une communication ouverte

Stratégie: Utiliser des outils de communication normalisés et favoriser un milieu de travail exempt de pressions psychologiques et propice aux interactions et aux questions

Cas (voir la section 6): 3 et 4

Facteur de risque: Fatigue

Stratégie: Redoubler de vigilance lors des périodes à haut risque, soit les périodes durant lesquelles la fatigue est susceptible de se répercuter sur la qualité du travail (p. ex., fin d'un quart de travail)

Cas (voir la section 6): 2 et 6

Facteur de risque: Méconnaissance de la composition de l'équipe et ambiguïté quant aux rôles des membres de l'équipe

Stratégie: Veiller à ce que tous les membres de l'équipe reçoivent des éléments d'orientation ciblés au cours d'une discussion portant explicitement sur leurs rôles et leurs responsabilités respectifs, ainsi que sur les attentes en communication (p. ex., préparation d'un transfert des soins à un endroit et à un moment déterminés, utilisation d'un outil normalisé)

Cas (voir la section 6): 3 et 4

Facteur de risque: Écoute passive

Stratégie: Poser des questions de clarification afin de résoudre tout problème lié à la charge cognitive qui pourrait être imposée au récepteur en raison de la complexité du cas et lors du traitement de l'information

Cas (voir la section 6): Tous les cas

Les cinq conseils pratiques à retenir

1. Créer un milieu de travail sécuritaire pour tous les membres de l'équipe, quel que soit leur rôle ou leur niveau hiérarchique, qui favorise la communication ouverte.
2. Mettre en place une formation axée sur la communication au sein d'une équipe à l'intention des stagiaires en se servant de ressources fondées sur des données probantes, comme le programme TeamSTEPPS, au terme de laquelle ils feront l'objet d'un suivi (observation et rétroaction) continu.
3. Utiliser une stratégie de communication normalisée lors des transferts de soins afin de garantir la fiabilité de la transmission de l'information.
4. Engager un dialogue actif durant le transfert des soins. La personne à qui les soins sont transférés doit synthétiser l'information qu'elle a reçue afin de s'assurer qu'elle l'a bien comprise.
5. Décrire clairement les problèmes à prévoir et les plans d'urgence établis : l'émetteur et le récepteur doivent dialoguer activement afin que chacun puisse faire part de son raisonnement et de son modèle mental à l'autre.

Ressources

Association canadienne de protection médicale (ACPM). Guide des bonnes pratiques. Disponible au <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/teams/teams-f.html>. L'Association canadienne de protection médicale propose sur son site Web une série de ressources pédagogiques visant à favoriser la prestation de soins sécuritaires. Son Guide des bonnes pratiques décrit des concepts clés et comporte des études de cas sur le travail d'équipe et la communication au sein d'une équipe (voir l'hyperlien ci-dessus).

Programme TeamSTEPPs. Disponible au <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>. Il s'agit d'un référentiel fondé sur des données probantes destiné aux équipes soignantes très performantes qui a été élaboré par le ministère de la Défense des États-Unis dans le cadre de son programme sur la sécurité des patients et par l'Agency for Healthcare Research and Quality. Le matériel de formation est offert en ligne.

Références

1. Johnson JK, Arora VM. Can we talk? The art (and science) of handoff conversation. *BMJ Qual Saf* 2016;25:63-5.
2. Bergman AA, Flanagan ME, Ebright PR, et al. "Mr. Smith's been our problem child today...": anticipatory management communication (AMC) in VA end-of-shift medicine and nursing handoffs. *BMJ Qual Saf* 2015;25(2):84-91.
3. Raduma-Tomas MA, Flin R, Yule S, et al. Doctors' handovers in hospital: a literature review. *BMJ Saf Qual* 2011;20:128-33. 133.
4. Wohlauer MV, Arora MV, Horwitz LI, et al. The patient handoff: a comprehensive curricular blueprint for resident education to improve continuity of care. *Acad Med* 2012;87(4):411-8.
5. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, et al. Implementing bedside handover: strategies for change management. *J Clin Nurs* 2010;19:2580-9.

6. Arora V, Johnson J, Lovinger D, et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *BMJ Qual Saf* 2005;14(6):4001–7.
7. Desai SV, Feldman L, Brown L, et al. Effect of the 2011 vs 2003 duty hour regulation-compliant models on sleep duration, trainee education, and continuity of patient care among internal medicine house staff: a randomized trial. *JAMA Intern Med* 2013;173(8):649–55.
8. ten Cate O, Young JQ. The patient handover as an entrustable professional activity: adding meaning in teaching and practice. *BMJ Qual Saf* 2012;21(Suppl 1).
9. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS [Internet]. Rockville (MD): The Agency; 2016a [cited 2017 Feb 22]. Available from: <http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>
11. Westli HK, Johnsen BH, Eid J, et al. Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010;18:47.
12. Young JQ, Wachter RM, ten Cate O, et al. Advancing the next generation of handover research and practice with cognitive load theory. *BMJ Qual Saf* 2016;25(2):66–70.
13. O'Brien CM, Flanagan ME, Bergman AA, et al. "Anybody on this list that you're more worried about?" Qualitative analysis exploring the functions of questions during end of shift handoffs. *BMJ Qual Saf* 2016;25(2):76–83.
14. Khan A, Rogers J, Forster C, et al. Communication and shared understanding between parents and resident-physicians at night. *Hosp Pediatr* 2016;6(6) :319–29.
15. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: research/evidence base [Internet]. Rockville (MD): The Agency; 2014 [cited 2017 Sept 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/evidence-base/index.html>
16. Jewell JA. Standardization of inpatient handoff communication. *Pediatrics* 2016;138(5):E20162681.
17. Klaber RE, Macdougall CF. Maximizing learning opportunities in handover. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2009;94:118–22.
18. Association canadienne de protection médicale. Guide des bonnes pratiques – Communication au sein d'une équipe [Internet]. Ottawa: Association canadienne de protection médicale; 2016 [cité le 22 février 2017]. Disponible au https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Team_Communication/team_communication-f.html.
19. Otto MA. When families participate in rounds, errors decrease. *Hospitalist* 2017 Aug 11. Available from: <https://www.the-hospitalist.org/hospitalist/article/144507/business-medicine/when-families-participate-rounds-errorsdecrease>
20. Skaugset LM, Farrell S, Carney M, et al. Can you multitask? Evidence and limitations of task switching and multitasking in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2016; 68(2):189–95.
21. Gordon M, Findley R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Med Educ* 2011;45:1081–9.

22. Sutcliffe KM, Lewtor E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186–94.
23. Joint Commission. Sentinel event alert 48: health care worker fatigue and patient safety. Oakbrook Terrace (IL): The Commission; 2011 Dec 14. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_48.pdf

SECTION 3: PRATIQUES EXEMPLAIRES EN TRANSFERT DES SOINS

Auteurs: Kathleen Huth MD, MMSc, FRCPC; Thomas McLaughlin MD, FRCPC; Amy Nakajima MD, FRCSC

Objectif de la section 3

Après avoir lu la présente section, vous devriez être en mesure de :

1. Présenter les aspects déterminants d'un transfert de soins de grande qualité, notamment la formation, le cadre et la normalisation
2. Décrire les principales caractéristiques des transferts de soins verbal et écrit efficaces, notamment l'utilisation d'une méthode de communication structurée
3. Prendre conscience des avantages et des difficultés liés à la stratégie qui consiste à effectuer le transfert de soins verbalement et en personne, d'une part, et par écrit au moyen de documents normalisés, d'autre part

Aperçu de la section 3

- Les participants aux transferts des soins doivent recevoir une formation.
- Il faut prendre les dispositions nécessaires pour optimiser le cadre dans lequel s'effectuent les transferts de soins.
- Les éléments d'information pertinents doivent être transmis à la fois verbalement et par écrit lors du transfert des soins.
- Le transfert des soins doit être structuré suivant un schéma normalisé.
- Il faut tirer parti des technologies de l'information pour optimiser le transfert des soins.
- Il faut protéger la confidentialité des renseignements personnels du patient.
- Cinq conseils pratiques à retenir

Il ne suffit pas d'être présent lors du [transfert des soins](#), loin de là. Pour que l'information et les responsabilités soient transférées efficacement et en toute sécurité d'une personne ou d'une équipe à l'autre, il faut que le transfert des soins soit effectué correctement. S'il est vrai que certains éléments du transfert des soins peuvent varier selon le milieu de soins et les circonstances, il n'en demeure pas moins que tous les transferts de soins de grande qualité possèdent un certain nombre de caractéristiques globales communes, qui ne sont pas influencées par ces deux facteurs.

Les participants aux transferts de soins doivent recevoir une formation en la matière et avoir à coeur d'effectuer des transferts de soins de grande qualité dépourvus de toute ambiguïté

Comme c'est le cas pour n'importe quelle autre compétence, il est non seulement possible de former les professionnels pour le transfert des soins, mais il est également nécessaire de le faire. Il a été démontré en effet qu'une formation sur le transfert des soins améliore l'efficacité de cette activité, même chez les

professionnels de la santé chevronnés¹. Par ailleurs, tous les membres d'une équipe qui participent aux transferts de soins doivent adhérer à ce processus et faire en sorte qu'il se déroule toujours suivant le même schéma, au même endroit et au même moment². Enfin, le transfert des soins passe par un transfert de responsabilités sans aucune ambiguïté : il doit être clair pour toutes les parties prenantes que la personne qui transfère les soins a transféré la responsabilité de ceux-ci à la personne qui prend le relais.

Il faut prendre les dispositions nécessaires pour optimiser le cadre dans lequel s'effectuent les transferts de soins

Il faut que les transferts de soins se déroulent toujours au même endroit, et que le cadre choisi soit calme et peu propice aux interruptions, afin que les participants puissent se concentrer et procéder ainsi efficacement à des transferts de soins de grande qualité³. Pour ce faire, il est important que ce processus soit clairement dirigé par un clinicien expérimenté en la matière. Prenons par exemple le cas des étudiants en médecine et des résidents juniors, qui sont souvent appelés à transférer des soins. La présence d'un membre du corps professoral ou d'un résident senior, qui joue alors un rôle de leader au cours du processus de transfert des soins, les aidera à s'acquitter de cette tâche de la manière la plus efficace possible.

Le cadre exact dans lequel a lieu le transfert des soins – et les membres de l'équipe qui participent à ce processus – varieront en fonction du contexte clinique (p. ex., transfert des soins entre les équipes de jour et nuit au sein d'un service donné, entre l'équipe du service des urgences et l'équipe d'une unité de médecine générale qui prend le relais, ou entre l'équipe de chirurgiens et d'anesthésiologistes chargés des soins périopératoires et l'équipe de l'unité de soins intensifs qui prend le relais). Le transfert des soins peut être effectué au chevet du patient ou dans une pièce calme de l'unité. Il se pourrait que les participants exercent la même profession (p. ex., transfert entre médecins) ou que le processus soit pluridisciplinaire (p. ex., participation de médecins, du personnel infirmier, d'inhalothérapeutes et de pharmaciens). Le contexte est un aspect important du transfert des soins; par conséquent, chaque équipe clinique doit structurer ses transferts de soins de façon à répondre au mieux à ses propres besoins tout en appliquant les principes fondamentaux qui sont décrits ici.

Les éléments d'information pertinents doivent être transmis à la fois verbalement et par écrit lors du transfert des soins

La transmission de l'information doit se faire verbalement et par écrit lors du transfert des soins, car aucune de ces formes de communication ne suffit à elle seule. Qui plus est, le recours à la communication verbale et à la communication écrite garantit la répétition de l'information, ce qui permet de vérifier l'exactitude de celle-ci tout en réduisant le risque d'erreurs par omission.

Le transfert des soins verbal permet à la personne qui transfère les soins et à celle qui prend le relais d'avoir une conversation bidirectionnelle et de dialoguer activement au lieu que la transmission de l'information soit unidirectionnelle et qu'elle se fasse au moyen d'un document ou d'un message enregistré. En fait, il est fortement recommandé que le transfert des soins se fasse en personne dans la mesure du possible. Lorsqu'il est efficace, le transfert des soins verbal permet à la personne qui transfère les soins d'insister sur les tâches importantes que devra accomplir la personne qui prend le relais, et comme il leur donne la possibilité de dialoguer, cette dernière peut vérifier qu'elle a bien compris l'information reçue, discuter des plans recommandés et faire une relecture des éléments d'information

clés, y compris les tâches qui lui incombent⁴. Lorsque le transfert des soins ne permet pas aux participants d'interagir en se posant des questions, la probabilité que le médecin à qui les soins sont transférés reçoive des indications ambiguës sur les évaluations et les plans prévus augmente⁵. Enfin, les transferts de soins effectués en personne offrent également à la personne qui transfère les soins et à celle qui prend le relais la possibilité d'échanger des messages non verbaux (p. ex., hochement de tête en guise d'assentiment ou signes de confusion).

Le transfert des soins verbal doit être complété par un transfert des soins écrit (sur support papier ou électronique). En fait, les participants peuvent insister sur les principaux points à retenir de ce document lors du transfert des soins verbal et y ajouter des notes à mesure que le dialogue aura permis de clarifier les attentes à l'égard de la poursuite des soins.

Le transfert des soins écrit doit reprendre les renseignements transmis verbalement, d'une part, et fournir un complément d'information, d'autre part. La qualité de ce document est primordiale : il doit être clair, exact, exhaustif et à jour.

La stratégie qui consiste à effectuer le transfert des soins verbalement et à corroborer cet échange à l'aide du transfert des soins écrit permet de tenir compte des différents styles d'apprentissage. En fait, les préférences ou les aptitudes en matière de réception et de traitement de l'information peuvent varier d'une personne à l'autre. Par exemple, certaines personnes préfèrent qu'on leur présente des données par écrit plutôt qu'on leur fasse un compte rendu oral, tandis que pour d'autres, c'est l'inverse. C'est pour cette raison qu'une stratégie de transfert des soins qui est fondée à la fois sur la communication verbale et sur la communication écrite est recommandée. Les données à l'appui de l'hypothèse selon laquelle le mode de communication devrait correspondre au style d'apprentissage de l'étudiant sont insuffisantes; par conséquent, il vaut mieux utiliser divers modes de communication pour favoriser une transmission efficace de l'information lorsque l'on élabore un curriculum destiné à des stagiaires^{6,7}.

Le transfert des soins doit être structuré suivant un schéma normalise

Les meilleures données probantes ayant mis en évidence une amélioration de l'issue clinique des transferts de soins sont celles qui plaident en faveur d'une intervention « multiple », qui consiste à effectuer des transferts de soins verbal et écrit selon un schéma structuré. Il ressort de l'étude multicentrique I-PASS que l'intervention multiple qui repose sur l'utilisation de l'acronyme mnémotechnique [I-PASS](#) tant pour la communication verbale que pour la communication écrite de l'information dans le cadre d'un transfert des soins a été associée à une réduction significative des événements indésirables et des erreurs médicales évitables^{8,9}.

Lorsqu'il est verbal, le transfert des soins doit être effectué suivant un schéma normalisé adapté aux besoins particuliers de l'équipe qui transfère les soins. Les outils de communication normalisés qui sont couramment utilisés pour les transferts de soins, tels que la méthode I-PASS¹⁰, fournissent aux participants des indices qui leur permettent de se souvenir des principaux éléments d'information à transmettre au sujet de chaque patient.

De même, le transfert des soins écrit doit être normalisé, en ce sens qu'il doit toujours comprendre certains renseignements cliniques essentiels, tels que le niveau de soins autorisé, les événements récents et les problèmes prévus (ainsi que les plans d'urgence établis pour les résoudre). Le transfert des soins écrit peut être intégré au dossier médical électronique, auquel cas il est possible d'ajouter automatiquement certains renseignements (comme le nom du patient, le numéro du dossier médical,

l'âge, le traitement médicamenteux et les allergies) à la liste de renseignements à transmettre et d'utiliser des modèles qui permettent de ne pas omettre les renseignements pertinents. Il est vital que les équipes soignantes tiennent les documents qui font état des transferts de soins à jour, puisque l'utilisation de tout renseignement qui n'est plus d'actualité (p. ex., en ce qui concerne le niveau de soins autorisé [code status] ou les plans d'urgence) peut avoir des conséquences négatives pour le patient.

Outils mnémotechniques destinés à normaliser la présentation des principaux éléments d'information à transmettre lors du transfert des soins

Selon une revue de littérature et un consensus d'experts^{4,5,10,11}, les principales données qui doivent être transmises lors du transfert des soins comprennent entre autres celles qui suivent :

- données démographiques;
- gravité de la maladie;
- diagnostic établi lors de l'admission;
- antécédents médicaux pertinents, y compris le niveau de soins autorisé;
- problèmes de santé actifs;
- liste précise de tâches à exécuter assortie d'un échéancier et des responsabilités (y compris suivi des examens qui sont prévus ou dont les résultats sont imminents);
- problèmes à prévoir et plans d'urgence;
- relecture des principaux éléments d'information.

Un certain nombre d'outils mnémotechniques qui permettent de présenter des données importantes suivant un schéma organisé et prévisible ont été mis au point⁵. Une revue systématique de la littérature sur le transfert des soins a permis de repérer 24 outils mnémotechniques distincts, y compris les acronymes anglais ANTICipate, SIGNOUT et I ASS (tableau 3.1)¹². De tous ces outils mnémotechniques pour le transfert des soins, c'est l'acronyme I-PASS qui a été le plus étudié (tableau 3.2) : il a été démontré lors d'une étude multicentrique nord-américaine que son utilisation est associée à une réduction significative des erreurs médicales, lorsqu'elle est jumelée à une formation sur la communication au sein d'une équipe, à une normalisation des documents qui font état des transferts de soins et à l'observation directe des transferts de soins par un superviseur qui fournit en outre une rétroaction constructive⁹. Les stagiaires doivent apprendre à structurer systématiquement les transferts de soins en utilisant par exemple une méthode mnémotechnique et le dossier médical électronique comme outil dynamique¹¹.

Tableau 3.1. Exemples d'acronymes mnémotechniques anglais pour le transfert des soins et mise en évidence des principaux éléments d'information à transmettre qui se répètent d'un acronyme à l'autre

ANTICipate ¹³	SIGNOUT ¹⁴	I-PASS ¹⁰
Administrative data (données administratives)	Sick or DNR (malade ou NPR)	Illness severity (gravité du cas)
New information (clinical update) (nouveaux éléments d'information : mise à jour clinique)	Identifying data (données d'indentification)	Patient summary (résumé des données du patient)
Tasks (what needs to be done) (taches à exécuter)	General hospital course (évolution générale de l'état du patient durant son hospitalisation)	Action list (plan d'action)
Illness (is the patient sick?) (gravité du cas : le patient est-il malade?)	New events of day (nouveaux événements survenus pendant la journée)	Situation awareness and contingency planning (conscience situationnelle et plan d'urgence)
Contingency planning/code status (plan d'urgence / niveau de soins)	Overall health status/clinical condition (état de santé général / état clinique)	Synthesis (synthèse)
	Upcoming possibilities with plan (éventualités à envisager et plan d'action)	
	Tasks to complete overnight with plan, rationale (tâches à exécuter durant la nuit conformément au plan d'action, justification)	
	?Any questions? (des questions?)	

Tableau 3.2. Description de l'acronyme mnémotechnique anglais I-PASS

I	Illness severity (gravité du cas)	Détermination de la stabilité/gravité de l'état du patient (c.-à-d., état stable, état « à surveiller », état instable)
P	Patient summary (résumé des données du patient)	Résumé du cas; événements ayant mené à l'hospitalisation / au transfert; évolution durant l'hospitalisation; évaluation; plan d'action
A	Action list (plan d'action)	Liste des tâches à exécuter; échéancier et responsabilités
S	Situation awareness and contingency planning (conscience situationnelle et plan d'urgence)	Prise de conscience de ce qui se passe; anticipation de ce qui pourrait arriver
S	Synthesis by receiver (synthèse de l'information par le récepteur)	Nécessité pour le récepteur de résumer ce qu'il a entendu, de poser des questions et de répéter les principales mesures à prendre / tâches à exécuter

Parmi les autres outils mnémotechniques couramment utilisés, citons également l'acronyme SBAR (Situation including patient stability [situation, y compris la stabilité de l'état du patient], Background information [renseignements de base], Assessment including anticipated events [évaluation, y compris anticipation de l'évolution de l'état du patient] et Recommendations with action plan [recommandations et plan d'action])¹⁵. En fait, l'outil SBAR est un modèle pour les réunions d'information sur l'état de la situation qui permet de transmettre l'information de façon ciblée, même lorsque les niveaux hiérarchiques ou les styles de communication des participants diffèrent. Il a été conçu à l'origine pour les rotations du personnel des sous-marins de la marine militaire des États-Unis avant d'être adapté aux besoins du milieu de la santé. S'il sert aujourd'hui d'outil mnémotechnique pour effectuer les transferts de soins à la fin des quarts de travail, le milieu de la santé se l'était approprié au départ pour structurer les conversations relatives aux changements dans l'état clinique des patients nécessitant une intervention urgente. Par exemple, un apprenant en début de formation voudra peut-être alerter son résident senior de l'apparition de douleurs thoraciques chez l'un des patients pris en charge par leur équipe. Dans ce cas, l'apprenant en début de formation n'est pas en train de transférer les soins au résident, il cherche plutôt à lui faire part de ses inquiétudes quant à un changement soudain dans l'état du patient. L'outil SBAR serait l'acronyme mnémotechnique idéal dans une telle situation, mais il se peut qu'il ne se prête pas aussi bien à l'échange d'information plus complexe et plus détaillé qui caractérise le transfert des soins.

Les responsables des programmes de résidence souhaiteront peut-être adopter l'un de ces outils mnémotechniques, qui tiennent compte des principales données à transmettre susmentionnées, afin que les participants aux transferts de soins utilisent la même terminologie et qu'ils nourrissent les mêmes attentes à l'égard de la communication verbale et écrite associée à cette activité.

Il faut tirer parti des technologies de l'information pour optimiser le transfert des soins

L'utilisation des technologies de l'information peut améliorer l'efficacité et la qualité de la transmission de l'information dans le cadre des transferts de soins^{8,16,17}. De nombreux types de dossiers médicaux électroniques comprennent des modèles de transfert des soins. L'avantage dans ce cas, c'est que certains champs se remplissent automatiquement (données démographiques, liste des médicaments, allergies et autres types de données facilement exportables). Lorsqu'ils se servent d'outils électroniques pour le transfert des soins qui permettent une mise à jour automatique des renseignements de base sur les patients, les médecins peuvent se concentrer sur la transmission des renseignements relatifs aux problèmes à prévoir et aux plans d'urgence⁵.

Il faut protéger la confidentialité des renseignements personnels du Patient

Que les documents liés au transfert des soins soient rédigés au moyen d'un logiciel de traitement de texte ou générés à partir d'un modèle électronique, il est primordial de protéger la confidentialité des renseignements sensibles sur le patient. Les manquements à l'obligation de confidentialité sont souvent involontaires, comme c'est le cas par exemple lorsqu'un stagiaire égare à la fin d'un quart de travail de nuit un document faisant état d'un transfert des soins qui contient des renseignements personnels sur la santé d'un patient¹⁸. Les stagiaires doivent connaître les lois sur la protection de la vie privée en vigueur dans leur province ou leur territoire (p. ex., Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé en Ontario) ainsi que les politiques établies par leur établissement en la matière. Nous recommandons aux programmes de résidence d'insister sur le fait que les renseignements relatifs aux transferts de soins ne peuvent être transmis qu'aux professionnels de la santé qui font partie du cercle de soins du patient et que tous les professionnels de la santé sont tenus de veiller à ce que les documents relatifs aux transferts de soins soient éliminés conformément aux méthodes prévues pour les documents confidentiels. Le tableau 3.3 résume les principales caractéristiques d'un transfert des soins de grande qualité.

Tableau 3.3. Caractéristiques des transferts de soins verbal et écrit (d'après Spector, et al.; 2012)¹⁹

Transfert des soins verbal	Transfert des soins écrit
Est effectué en personne	Comprend des éléments d'information pertinents rédigés de manière concise
Suit un schéma normalisé et comprend une présentation générale de l'équipe (p. ex., transmission des renseignements sur les patients dont les soins seront sous la responsabilité de l'équipe qui prend le relais, sur les membres du personnel qui sont absents et sur tout autre élément susceptible d'influer sur la charge de travail)	Suit le même schéma ou possède la même structure que le transfert des soins verbal
Se déroule à un rythme adéquat	Fournit un complément d'information par rapport au transfert des soins verbal afin d'accroître l'efficacité de celui-ci
S'effectue selon les principes de la communication en boucle fermée , qui prévoit notamment la possibilité de poser des questions et de faire une relecture	Est mis à jour régulièrement, ce qui garantit son exactitude

Les cinq conseils pratiques à retenir

1. La formation sur le transfert des soins est non seulement essentielle pour les professionnels de la santé, mais en plus, elle peut réduire les erreurs médicales.
2. Le transfert des soins doit être effectué en personne, dans un cadre optimal, et dirigé par la personne désignée à cet effet.
3. Pour effectuer un transfert des soins, il faut utiliser un outil normalisé qui garantira que la structure de celui-ci est prévisible et que les données importantes seront transmises en toute fiabilité.
4. Le transfert des soins verbal et le transfert des soins écrit sont complémentaires, sont indissociables et doivent suivre le même schéma.
5. Il faut mettre en place un système qui garantira que le document qui fait état du transfert des soins est exact et à jour, que ce document ait été rédigé en totalité ou en partie (cas où une partie est générée automatiquement).

Resources

Association canadienne de protection médicale (ACPM). Guide des bonnes pratiques – Transferts. Disponible au <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/handovers-f.html>.

L'Association canadienne de protection médicale propose sur son site Web une série de ressources pédagogiques visant à favoriser la prestation de soins sécuritaires. Son Guide des bonnes pratiques décrit des concepts clés et comporte des études de cas sur la communication (voir l'hyperlien ci-dessus), y compris le transfert des soins.

Starmer AJ, Landrigan CP, Srivastava R, et al. I-PASS handoff curriculum: faculty observation tools. MedEdPORTAL. Disponible au www.mededportal.org/publication/9570.

Les principaux outils du curriculum I-PASS (y compris des exercices de simulation du transfert des soins, des fiches mnémotechniques de poche et des outils d'observation destinés aux enseignants) sont publiés sur MedEdPortal (voir l'hyperlien ci-dessus).

References

1. Weinger MB, Slagle JM, Kuntz AH, et al. A multimodal intervention improves postanesthesia care unit handovers. *Anesth Analg* 2015;121:957-71.
2. Chu ES, Reid M, Schulz T, et al. A structured handoff program for interns. *Acad Med* 2009;84:347-352.
3. Devlin MK, Kozij NK, Kiss A, et al. Morning handover of on-call issues: opportunities for improvement. *JAMA Intern Med* 2014;174(9):1479-85.
4. Association canadienne de protection médicale (ACPM). Guide des bonnes pratiques – Transferts [Internet]. Ottawa: Association canadienne de protection médicale; 2016 [cité le 24 février 2017]. Disponible au <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/handovers-f.html>.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Handoffs: transitions of care for children in the emergency department. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162680.
6. Pashler H, McDaniel M, Rohrer D, et al. Learning styles: concepts and evidence. *Psychol Sci Public Interest* 2008;9(3):105-9.
7. Armstrong E, Parsa-Parsi R. How can physicians' learning styles drive educational planning? *Acad Med* 2005;80(7):680-4.
8. Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA* 2013;310(21):2262-70.
9. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al., and the I-PASS Study Group. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 2014;371:1803-12.
10. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics* 2012;192(2):201-4.
11. ten Cate O, Young J. The patient handover as an entrustable professional activity: Adding meaning in teaching and practice. *BMJ Qual Saf* 2012;21(Suppl 1):I9.
12. Riesenber L, Leitzsch J, Little B. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual* 2009;24(3):196-204.

13. Vidyarthi A, Arora V, Schnipper J, et al. Managing discontinuity in academic medical centers: strategies for a safe and effective resident sign-out. *J Hosp Med* 2006;1(4):257-66.
14. Horwitz LI, Moin T, Green ML. Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. *J Gen Intern Med* 2007;22:1470-4.
15. Institute for Healthcare Improvement. SBAR technique for communication: a situational briefing model [Internet]. Cambridge (MA): The Institute; 2016 [cited 2017 Feb 24]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>
16. Clarke CN, Patel SH, Day RW, et al. Implementation of a standardized electronic tool improves compliance, accuracy, and efficiency of trainee-to-trainee patient care handoffs after complex general surgical oncology procedures. *Surgery* 2017;161(3):869-75.
17. Palma JP, Sharek PJ, Longhurst CA. Impact of electronic medical record integration of a handoff tool on signout in a newborn intensive care unit. *J Perinatol* 2011;31(5):311-7.
18. Association canadienne de protection médicale (ACPM). Guide des pratiques médicales – Protection des renseignements personnels et confidentialité [Internet]. Ottawa: Association canadienne de protection médicale; 2016 [cité le 24 février 2017]. Disponible au https://www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Privacy_and_Confidentiality/privacy_and_confidentiality-f.html.
19. Spector ND, Starmer AJ, Yu CE, et al. I-PASS handoff curriculum: core resident workshop. MedEdPORTAL [Internet]. Washington (DC): Association of American Medical Colleges; 2012 [cited 2017 Feb 24]. Available from: www.mededportal.org/publication/9311

SECTION 4: MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Auteurs: Amy Nakajima MD, MSc, FRCSC; Meera Rayar MD, FRCPC

Objectifs

Après avoir lu la présente section, vous devriez être en mesure de :

1. Décrire sommairement les étapes nécessaires à la mise en oeuvre efficace d'un programme d'amélioration des transferts de soins
2. Fournir des suggestions sur la conception et la mise en oeuvre d'un projet de perfectionnement du corps professoral
3. Explorer le processus de changement de culture relative aux transferts de soins

Aperçu de la section 4

- Étapes de la planification, de la conception et de la mise en oeuvre d'un curriculum sur le transfert des soins
- Les cinq conseils pratiques à retenir

Introduction

Nous avons examiné dans les sections précédentes les caractéristiques d'un transfert des soins efficace. Il va sans dire que les besoins en transfert des soins et les circonstances dans lesquelles s'effectue cette activité varient d'une spécialité à l'autre, et d'un programme de résidence à l'autre au sein d'une spécialité donnée. En fait, même au sein d'un programme de résidence donné, les membres du corps professoral et les résidents ont chacun une préférence en ce qui concerne les stratégies de transfert des soins et les styles de communication. Par conséquent, pour que votre [curriculum sur le transfert des soins](#) porte ses fruits, il vous faudra adapter la conception et la mise en oeuvre de celui-ci au contexte local, aux besoins pédagogiques et à la culture organisationnelle de votre programme. Pour cela, vous devrez examiner minutieusement un certain nombre de facteurs, y compris les objectifs de votre curriculum, les styles d'apprentissage de votre public cible et les ressources dont vous disposez pour mettre en oeuvre ce curriculum et en garantir la viabilité¹.

Cette section porte essentiellement sur la marche à suivre pour planifier, concevoir et mettre en oeuvre un curriculum sur le transfert des soins. Précisons que nous ne nous attarderons pas à décrire en détail la marche à suivre pour mettre en oeuvre un curriculum pédagogique, puisque nous déborderions du cadre de la présente trousse d'information. Pour obtenir un complément d'information sur le sujet, veuillez consulter le chapitre de l'ouvrage du Collège royal intitulé Conception des programmes d'études – Un guide CanMEDS pour les professions de la santé², qui traite de la conception d'un curriculum pédagogique.

1. Faites le point sur l'état de votre programme, notamment sur l'expertise et les ressources disponibles

Durant l'étape de planification du curriculum sur le transfert des soins, vous devez comprendre la culture de transfert des soins qui définit actuellement votre établissement. Il se peut que certains résidents et certains enseignants ne soient pas conscients des répercussions des pratiques sousoptimales en [transfert des soins sur la sécurité des patients](#)³ et qu'ils aient des doutes sur la nécessité de suivre une formation sur le transfert des soins. Il est donc important de cerner les pratiques qui ont cours dans votre milieu : il se peut qu'elles ne soient pas homogènes et qu'il n'y ait pas de consensus entre les résidents et les enseignants quant à ce qui constitue un transfert des soins de grande qualité.

De même, vous devrez évaluer dans quelle mesure les personnes associées à votre programme de résidence sont disposées à modifier les pratiques ayant cours. Certains facteurs, notamment un leadership fort et l'utilisation des technologies de l'information aux fins de l'élaboration d'outils électroniques pour le transfert des soins, vous aideront à faire en sorte que les changements opérés portent leurs fruits et à ce qu'ils s'inscrivent dans la durée. Par ailleurs, il est essentiel d'obtenir l'adhésion des principaux intervenants, à tous les échelons de l'établissement (voir l'étape 4), et de les mobiliser afin qu'ils contribuent aux activités de planification et de mise en oeuvre⁴.

Enfin, un examen détaillé de la culture du transfert des soins et des pratiques qui ont cours dans votre établissement peut vous aider à faire le point sur l'expertise et les ressources dont vous disposez. Voici les questions que vous devez vous poser :

Qui sont les experts du transfert des soins de l'établissement qui pourraient devenir d'éventuels ambassadeurs du curriculum? Il peut s'agir d'enseignants cliniciens qui participent déjà à l'enseignement du rôle de collaborateur aux stagiaires ou d'experts en sécurité des patients qui s'intéressent à l'amélioration du travail d'équipe et de la communication au sein des équipes. Vous pourriez aussi obtenir l'aide de résidents seniors ou de résidents en chef pour l'élaboration de votre curriculum sur le transfert des soins.

Quelles ressources avez-vous à votre disposition pour enseigner le transfert des soins? Pensez à l'espace dont vous aurez besoin pour l'enseignement de cette activité, au soutien administratif qui s'imposera, ainsi qu'aux outils électroniques qui pourront servir à dresser des listes de renseignements à transmettre lors du transfert des soins écrit.

2. Effectuez une évaluation des besoins

Dans la foulée du travail préparatoire que vous aurez effectué lors de l'étape 1, prenez en compte les pratiques de transfert des soins qui ont cours chez les résidents et les enseignants et l'enseignement que les résidents reçoivent actuellement sur le transfert des soins, le travail d'équipe et la communication. Envisagez d'abord de consulter le directeur du programme, puisqu'il saura probablement ce qu'il en est et qu'il pourra vous fournir de précieuses indications. Vous pouvez aussi évaluer ce qui est enseigné aux résidents sur le travail d'équipe et la communication en passant en revue le calendrier des activités d'enseignement ou en vous adressant aux responsables des curriculums.

Voici d'autres stratégies d'évaluation des besoins que vous pouvez appliquer :

- observation directe d'un véritable transfert des soins;

- mise sur pied d'un groupe de discussion formé de résidents et d'enseignants;
- réalisation d'une enquête simple.

L'évaluation des besoins permet de cerner les lacunes dans l'enseignement du transfert des soins aux stagiaires, ainsi que les besoins en [perfectionnement du corps professoral](#). Elle peut en outre vous aider à déceler des possibilités d'intégration formelle du transfert des soins dans votre programme de résidence (notamment la possibilité d'intégrer l'enseignement et l'évaluation du transfert des soins aux activités cliniques quotidiennes). Enfin, elle peut servir de base aux décisions que vous prendrez lors de la conception et de la mise en oeuvre de votre curriculum sur le transfert des soins, notamment lorsque vous déterminerez le contenu du programme, en établissant entre autres jusqu'à quel point vous devez l'approfondir, et que vous choisirez les méthodes d'enseignement et d'évaluation.

3. Intervenez en amont des difficultés potentielles que vous aurez cernées

Vous vous heurterez probablement à certaines difficultés lors de la mise en oeuvre de votre curriculum sur le transfert des soins et de l'enseignement de cette activité (tableau 4.1). Essayez de cerner ces difficultés potentielles dès le début de l'étape de planification afin de tenir compte des répercussions qu'elles pourraient avoir sur le curriculum proposé et de trouver des solutions pour parer à de telles éventualités.

Difficultés susceptibles de nuire à la mise en oeuvre d'un curriculum sur le transfert des soins et à l'enseignement de cette activité

1. **Difficulté potentielle:** Manque de ressources organisationnelles (c.-à-d. lieu destiné au transfert des soins, technologie nécessaire pour mettre au point un outil de transfert des soins)
 - **Solution possible:** Ralliez la direction de l'hôpital afin d'obtenir les ressources nécessaires. Déterminez s'il est possible de réaffecter les ressources existantes afin de trouver des solutions de rechange. Par exemple, vous pourriez utiliser une salle de repos de l'unité pendant une période déterminée pour éviter les interruptions durant les transferts de soins.
2. **Difficulté potentielle:** Incompatibilité avec le déroulement du travail clinique
 - **Solution possible:** En fixant une période précise pour le transfert des soins, vous permettrez aux résidents de programmer leurs responsabilités cliniques en conséquence et aux autres membres de l'équipe médicale de savoir quand les résidents sont peu disponibles.
3. **Difficulté potentielle:** Manque de disponibilité des experts pour l'enseignement et l'évaluation du transfert des soins
 - **Solution possible:** Vous pouvez faire appel aux ressources ou aux experts de votre programme, de votre établissement ou d'autres organisations ou utiliser des programmes pédagogiques existants, comme le programme [I-PASS](#) pour obtenir des renseignements utiles pour l'élaboration de votre curriculum. Vous devrez peut-être prévoir un programme de perfectionnement professionnel sur le transfert des soins pour les enseignants qui ne possèdent pas les connaissances ou les aptitudes nécessaires en la matière.
4. **Difficulté potentielle:** Divergences des besoins en matière d'apprentissage ou des degrés d'expertise des stagiaires

- **Solution possible:** Les stagiaires expérimentés peuvent guider les apprenants en début de formation (formation officielle et surtout formation informelle, et rétroaction dans le contexte de formation clinique).

5. Difficulté potentielle: Non-adhésion des résidents et enseignants au projet

- **Solution possible:** En établissant clairement le lien qui existe entre le [transfert des soins et la sécurité des patients](#), vous favoriserez peut-être l'adhésion des enseignants et des résidents à votre projet de curriculum. À un autre échelon, le lien qui existerait entre le curriculum et les exigences en formation liées aux CanMEDS peut être une source de motivation importante pour la direction de votre programme. En général, il est utile de désigner des ambassadeurs du curriculum parmi les résidents et les enseignants. Expliquez clairement aux enseignants et aux ambassadeurs du curriculum vos attentes à l'égard de leur participation au projet (c.-à-d. temps à consacrer au projet, enseignement).

6. Difficulté potentielle: Manque de soutien de la part de la direction et manque de mobilisation au sein de l'établissement

- **Solution possible:** Présentez à la direction de votre programme ou de votre établissement des données sur les répercussions du transfert des soins sur les soins prodigués aux patients et sur les pratiques ayant cours au sein du programme. Vous pouvez apporter des preuves éclatantes à votre argumentation en citant des exemples d'incidents qui ont porté atteinte à la sécurité des patients au sein de votre établissement et qui sont attribuables à des lacunes dans le transfert des soins. Les éléments d'information que vous aurez recueillis lors de l'évaluation des besoins pourront vous aider.

4. Mobilisez les intervenants

Pour que votre nouveau programme ou curriculum soit bien accueilli, il faut que des intervenants qui proviennent de divers échelons de votre établissement adhèrent à votre projet. Les intervenants sur le plan pédagogique comprennent la direction du programme, le corps professoral et les résidents, et les intervenants sur le plan clinique englobent les autres professionnels de la santé avec lesquels les résidents collaborent (personnel infirmier, assistants en anesthésie, etc.) et la direction de l'hôpital. La mobilisation de ces intervenants est essentielle durant toutes les étapes de la planification, de la conception et de la mise en oeuvre du curriculum, car elle vous permettra d'élaborer un curriculum qui satisfait aux objectifs de tous les groupes qui seront concernés par sa mise en oeuvre. Elle vous aidera en outre à obtenir le financement, les infrastructures et les ressources humaines nécessaires à l'élaboration, à la mise en oeuvre, à la consolidation et à l'évaluation de votre curriculum sur le transfert des soins.

5. Organisez des activités de perfectionnement du corps professoral

[Le perfectionnement du corps professoral](#) englobe les activités conçues en vue d'aider les enseignants à assumer leurs nombreuses fonctions universitaires, à savoir l'enseignement, la recherche et les tâches administratives⁵. Au sein d'un établissement, le perfectionnement du corps professoral peut contribuer à établir un consensus, à motiver le corps professoral et à obtenir son adhésion, et à mettre en oeuvre un projet de changement des pratiques⁶. Dans le contexte de l'enseignement du transfert des soins, l'attitude des enseignants à l'égard de cette activité et leur façon de faire influent probablement sur le type d'enseignement que les résidents reçoivent en la matière. En conséquence, il est important que les enseignants comprennent tous les pratiques exemplaires en transferts de soins de la même façon. En

outre, comme les enseignants seront appelés à évaluer les aptitudes des stagiaires, à leur fournir une rétroaction et des éléments d'orientation et à leur servir de mentor⁷, il faut leur donner les moyens nécessaires (outils, stratégies) pour remplir ces fonctions. Pour atteindre ces nombreux objectifs, les enseignants doivent être en mesure de décrire le lien qui existe entre [le transfert des soins et la sécurité des patients](#) et d'intégrer les techniques de transfert des soins verbal et écrit à leur propre pratique clinique. Ils serviront ainsi d'exemple aux résidents, qui pourront reproduire leur façon de faire.

Bandiera et ses collaborateurs (2011) ont décrit un processus d'élaboration de projets de perfectionnement du corps professoral en cinq étapes, qui sont présentées ci-dessous dans le contexte du transfert des soins⁸.

STEP 1. CERNEZ LES BESOINS À SATISFAIRE EN PERFECTIONNEMENT DU CORPS PROFESSORAL

Nombreux sont les projets de perfectionnement du corps professoral qui sont motivés par la mise en évidence d'un besoin, que ce soit au sein d'un établissement, à l'échelle d'une spécialité ou à une échelle plus globale. L'évaluation des besoins peut servir de base à l'élaboration des activités de perfectionnement du corps professoral. O'Toole et ses collaborateurs (2014) ont procédé à une évaluation des besoins au sein de divers milieux de formation afin de mieux comprendre les cultures respectives de ces établissements et d'établir des points de repère pour la conception et l'élaboration des activités de perfectionnement du corps professoral dans le cadre du projet I-PASS⁷. Voici ce qu'ils ont établi :

- la plupart des enseignants n'avaient jamais suivi de formation officielle sur la communication au sein d'une équipe, en général, ou sur les techniques fondamentales permettant d'effectuer des transferts de soins efficaces et sécuritaires, en particulier;
- les activités de perfectionnement devaient prendre un minimum de temps aux enseignants;
- les techniques de formation employées devaient être axées sur l'apprentissage par l'expérience et présenter un intérêt sur le plan clinique pour les enseignants.

STEP 2. FAITES-VOUS AIDER POUR L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS DE PERFECTIONNEMENT DU CORPS PROFESSORAL

Vous auriez tout intérêt à mettre à contribution des intervenants expérimentés en perfectionnement du corps professoral ou des experts du transfert des soins lors du processus de planification de vos activités de perfectionnement du corps professoral en transfert des soins. Il peut s'agir de personnes de votre département ou de professeurs externes qui peuvent agir à titre de consultants, auquel cas il se peut que vous deviez adapter le contenu aux particularités de votre spécialité. Par exemple, il peut être avantageux pour un département de chirurgie qui met en place une activité de perfectionnement du corps professoral sur le transfert des soins intraopératoires de consulter un collègue pédiatre qui est un expert en transfert des soins; cela dit, il faudra compléter les remarques générales sur le transfert des soins faites par ce collègue par des éléments d'information spécifiques sur le contexte des soins chirurgicaux et la formation en chirurgie.

STEP 3. DÉFINISSEZ CLAIEMENT LES OBJECTIFS DE VOTRE PROJET DE PERFECTIONNEMENT DU CORPS PROFESSORAL

Pour concevoir et mettre en oeuvre un projet de perfectionnement du corps professoral, vous devez définir clairement les objectifs de celui-ci. Les questions ci-dessous pourront vous aider à fixer vos objectifs :

- Quel est le but de ce projet de perfectionnement du corps professoral : permettre aux enseignants d'améliorer leurs aptitudes pour le transfert des soins ou de fournir une rétroaction plus constructive aux stagiaires sur le transfert des soins dans un contexte clinique?
- Qu'est-ce qui témoignerait de la réussite du projet? Autrement dit, quels sont les résultats escomptés? Qu'est-ce que les enseignants devraient être en mesure de faire après avoir pris part au projet?
- À qui s'adresse ce projet? Aux membres du corps professoral? Aux résidents seniors?

Par exemple, la séance de perfectionnement du corps professoral pourrait être axée sur l'évaluation des aptitudes des stagiaires pour le transfert des soins dans leur milieu de travail et elle pourrait s'adresser à tous les enseignants cliniciens d'un département clinique⁸.

STEP 4. ADAPTEZ LA CONCEPTION DE VOS ACTIVITÉS DE PERFECTIONNEMENT DU CORPS PROFESSORAL À VOS CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

La conception et la mise en oeuvre des activités de perfectionnement du corps professoral varieront probablement en fonction des pratiques, du milieu de travail et de la culture organisationnelle de votre programme⁹ (Steinert 2006). Dans une certaine mesure, elles dépendront également de certaines considérations pratiques, telles que le nombre de participants prévus, la nécessité d'établir un horaire qui soit compatible avec celui des activités cliniques, et certaines considérations géographiques (p. ex., déplacements des participants). Les activités de perfectionnement du corps professoral peuvent être destinées exclusivement aux enseignants ou prendre la forme d'activités d'apprentissage en petit groupe réunissant enseignants et résidents¹⁰.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'évaluation des besoins en perfectionnement du corps professoral réalisée dans le cadre du projet I-PASS a révélé que les enseignants préféraient les activités de formation pratiques et dignes d'intérêt qui prenaient peu de leur temps⁷. Pour être efficaces, les activités de perfectionnement du corps professoral doivent s'appuyer sur les principes découlant de l'andragogie (pédagogie des adultes)¹¹ et sur les principes de l'interactivité. Elles peuvent prendre la forme de discussions en petit groupe, d'ateliers, d'exercices interactifs, de jeux de rôles et de simulations, de visualisation de films et de vidéos sur l'accomplissement de certains actes, d'activités d'apprentissage en ligne et d'autoapprentissage, d'activités de coaching entre pairs et d'activités de mentorat. Dans la plupart des cas, les activités de perfectionnement du corps professoral sont ponctuelles; cela dit, la mise en place de programmes de formation inscrits dans la durée permet aux participants d'acquérir des connaissances et des aptitudes plus poussées, qui peuvent être évaluées au fil du temps. À titre d'exemple, les activités de perfectionnement du corps professoral peuvent être des séances de formation organisées lors des journées de réflexion du corps professoral ou des séances de formation continue organisées par un établissement ou une université.

STEP 5. ÉVALUEZ LES RETOMBÉES DE VOTRE PROGRAMME DE PERFECTIONNEMENT DU CORPS PROFESSORAL

L'évaluation des retombées d'un programme de perfectionnement du corps professoral est un processus complexe qui prend un certain temps. Idéalement, il faut d'abord déterminer le degré de satisfaction des participants, puis évaluer si ceux-ci ont acquis les connaissances et les aptitudes nécessaires pour enseigner et évaluer le transfert des soins. Ultimement, lors de l'élaboration d'un projet de perfectionnement du corps professoral, il faut tenir compte des retombées que celui-ci aura sur le rendement des stagiaires (et peut-être sur les soins prodigués aux patients; cela dit, il est souvent difficile de prouver qu'il y a un lien entre les deux)^{8,12}.

6. Mettez votre curriculum en oeuvre

Une fois que vous aurez élaboré votre curriculum sur le transfert des soins, vous devrez déterminer le contexte idéal pour sa mise en oeuvre. Par exemple, vous pourriez envisager de l'intégrer aux séances d'orientation du programme de résidence (ou aux séances de formation intensive [boot camp]), aux demi-journées universitaires ou aux séances de formation communes à divers programmes. Vous trouverez à la section 5 un complément d'information sur les techniques d'enseignement et d'évaluation et les considérations relatives à la conception du curriculum.

Par ailleurs, pour favoriser la mise en pratique des apprentissages sur le transfert des soins, vous devrez également vous pencher sur le déroulement des activités au sein de votre milieu d'apprentissage clinique et sur les ressources disponibles. Certains facteurs à prendre en considération peuvent être liés aux ressources physiques, telles que la possibilité d'utiliser un espace réservé au transfert des soins. Il n'est probablement pas nécessaire que toutes ces considérations relèvent uniquement du ressort des éducateurs cliniciens; il se peut que d'autres employés de votre établissement soient plus à même de vous aider. Par exemple, les étudiants d'un programme d'études de premier cycle en technologies de l'information de la région pourraient vous aider à élaborer un outil électronique de transfert des soins, ou encore les gestionnaires des unités de soins peuvent faire en sorte que vous disposiez d'un espace pour les transferts de soins.

7. Réunissez les conditions nécessaires à la viabilité de votre curriculum sur le transfert des soins

La dernière étape de la mise en oeuvre d'un curriculum consiste à préserver les nouveaux acquis, à savoir les aptitudes et les comportements qui auront été inculqués aux participants. Le suivi des activités pédagogiques est souvent l'aspect le plus difficile de tout programme. Les programmes qui ont été mis en oeuvre avec succès ne font pas exception à la règle : il est nécessaire de poursuivre les activités de formation continue et les activités de formation ponctuelles, en mobilisant les ressources nécessaires dans un cas comme dans l'autre, pour que les participants opèrent effectivement les changements qui leur ont été enseignés dans leur pratique. Concrètement, il faut former les nouveaux résidents tous les ans et mettre les nouveaux enseignants à niveau. Par ailleurs, vous devez intégrer à votre curriculum sur le transfert des soins un mécanisme de surveillance continue des pratiques en la matière, des activités de renforcement des comportements et des séances de remise à niveau aussi bien pour les stagiaires que pour les enseignants. Faites-vous aider pour cela par les ambassadeurs du programme et les leaders médicaux et veillez à ce que l'amélioration du transfert des soins demeure une priorité pédagogique et organisationnelle. Le renforcement des aptitudes pour le transfert des soins acquises par les enseignants

et les résidents se traduira par un changement durable dans la culture de l'établissement et une amélioration à long terme du transfert des soins.

Les cinq conseils pratiques à retenir

1. Faites le point sur les pratiques de transfert des soins des résidents et des enseignants et sur la culture de l'établissement en ce qui a trait aux formations sur le transfert des soins, le travail d'équipe et la communication suivies par les résidents.
2. Cernez les besoins précis des résidents et des enseignants de votre programme et adaptez votre curriculum sur le transfert des soins en conséquence.
3. Mobilisez les principaux intervenants pour qu'ils adhèrent à votre projet et vous donnent accès aux ressources nécessaires à la tenue des activités de formation sur le transfert des soins.
4. Investissez dans des programmes de perfectionnement du corps professoral afin de former un groupe d'encadrement composé d'enseignants et de résidents seniors capables d'enseigner le transfert des soins dans un contexte structuré ou de manière informelle.
5. Tenez compte du milieu d'apprentissage clinique et veillez à ce qu'il favorise des pratiques optimales en matière de transfert des soins.

Références

1. Starmer AJ, O'Toole JK, Rosenbluth G, et al. 2014. Development, implementation, and dissemination of the I-PASS handoff curriculum: a multisite educational intervention to improve patient handoffs. *Acad Med* 2014;89(6):876-84.
2. Sherbino J, Frank JR, editors. *Conception des programmes d'études – Un guide CanMEDS pour les professions de la santé*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011.
3. Lane-Fall MB, Collard ML, Turnbull AE, et al. ICU attending handoff practices: results from a national survey of academic intensivists. *Crit Care Med* 2016;44(4):690–8.
4. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *The OSSIE guide to clinical handover improvement*. Sydney (Australia): The Commission; 2010.
5. Sheets KJ, Schwenk TL. 1990. Faculty development for family medicine educators: an agenda for future activities. *Teach Learn Med* 1990;2(3):141–8.
6. Steinert Y. *Faculty development for postgraduate education – the road ahead*. Members of the FMEC PG consortium; 2011. p. 4.
7. O'Toole JK, West DO, Starmer AJ, et al. Placing faculty development front and centre in a multisite educational initiative: lessons from the I-PASS handoff study. *Pediatrics* 2014;14:221–4.
8. Bandiera G, Leslie K, Richardson D. Avoir de bons professeurs : le b.a.-ba du perfectionnement des corps professoraux. In: Sherbino J, Frank JR, editors. *Conception des programmes d'études – Un guide CanMEDS pour les professions de la santé*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011.
9. Steinert Y, Mann K, Centeno A, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach* 2006;28(6):497–526.
10. Wong B, Goldman J, Goguen J, et al. Faculty–resident “co-learning”: a longitudinal exploration of an innovative model for faculty development in quality improvement. *Acad Med* 2017;92(8):1151–9.
11. Taylor DCM, Hamdy H. Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach* 2013;35(11):e1561–72.
12. Dojeji S, Cooke LJ. Le noyau : un aperçu des méthodes pédagogiques dans l'enseignement clinique. In: Sherbino J, Frank JR, editors. *Conception des programmes d'études – Un guide CanMEDS pour les professions de la santé*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011.

SECTION 5: RESSOURCES PÉDAGOGIQUES SUR LE TRANSFERT DES SOINS : ÉLABORATION D'UN CURRICULUM SUR LE TRANSFERT DES SOINS

Auteurs: Heather Ward MD, FRCPC, Amy Nakajima MD, MSc, FRCSC and Meera Rayar MD, FRCPC

Objectifs de la section 5

Après avoir lu la présente section, vous devriez être en mesure de :

1. Décrire la schématisation de curriculum et son application à l'établissement d'une stratégie d'enseignement et d'évaluation des compétences en transfert des soins liées au rôle de collaborateur du médecin telles qu'elles sont définies dans le Référentiel de compétences CanMEDs 2015
2. Fournir une liste de ressources sur l'enseignement et l'évaluation pour l'élaboration d'un curriculum sur le transfert des soins adapté à un programme particulier
3. Fournir des ressources utiles pour la réalisation d'une étude indépendante visant à examiner les objectifs d'apprentissage individuels
4. Explorer les stratégies de mise en oeuvre d'un curriculum sur le transfert des soins et les difficultés liées à cette mise en oeuvre

Aperçu de la section 5

- Contexte
- Utilisez le Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour structurer votre curriculum sur le transfert des soins
- Concevez un curriculum sur le transfert des soins adapté aux besoins de votre programme de résidence
- Choisissez les outils pédagogiques et les outils d'évaluation pour votre curriculum sur le transfert des soins
- Schématisez votre curriculum
- Les cinq conseils pratiques à retenir

Contexte

Les premières sections de la présente trousse font ressortir l'importance que revêt le [transfert des soins dans le cadre de la protection de la sécurité des patients](#). Plus précisément, la [section 2](#) présente des stratégies permettant de résoudre les problèmes de communication lors du transfert des soins, la [section 3](#) comprend des recommandations quant à la marche à suivre pour effectuer un transfert des soins efficace, et la [section 4](#) décrit sommairement comment créer les conditions idéales pour mettre en oeuvre efficacement un programme d'amélioration des transferts de soins dans son milieu de travail. La présente section porte quant à elle sur la conception d'un curriculum sur le transfert des soins qui

s'articule autour des jalons associés aux compétences en transfert des soins énoncées dans le Référentiel de compétences CanMEDS 2015. Elle fournit des recommandations sur les outils pédagogiques et les outils d'évaluation qui peuvent être utilisés à chacune des étapes de la formation des résidents selon le [continuum de compétences du modèle de CPC \(entrée en résidence, progression vers la discipline, acquisition des fondements de la discipline, maîtrise de la discipline, transition vers la pratique et expertise avancée\)](#), ainsi qu'un exemple de [schéma de curriculum](#) sur le transfert des soins fondé sur la CPC.

Utilisez le *Référentiel de compétences CanMEDS 2015* pour structurer votre curriculum sur le transfert des soins

Comme nous l'avons indiqué à la section 1, le transfert des soins compte parmi les compétences liées au rôle de collaborateur du médecin qui figurent dans le Référentiel de compétences CanMEDS 2015. Ce référentiel fait état d'une série d'aptitudes en la matière représentées par des jalons qui doivent être enseignées et évaluées au cours de chacune des étapes de la résidence (tableau 5.1). S'il est vrai que le transfert des soins possède des caractéristiques particulières au sein de chaque spécialité, il reste que les aptitudes fondamentales en la matière, et par conséquent les jalons qui définissent cette compétence globale, sont essentiellement les mêmes d'une spécialité à l'autre.

Les enseignants peuvent utiliser le site CanMEDS interactif du Collège royal pour produire des listes de compétences et de jalons adaptées à leurs besoins en matière d'enseignement. Cet outil comprend un guide des jalons, qui fait état des jalons associés aux compétences habilitantes, notamment la capacité de communiquer les renseignements pertinents pour effectuer un transfert des soins sécuritaire, et des étapes de formation correspondantes. Il est possible de filtrer le contenu de ce guide en utilisant le mot clé « transfert », afin de prendre connaissance des compétences et des jalons additionnels qui sont plus ou moins liés au transfert des soins. Le tableau 5.1 comprend la liste des jalons associés à la compétence habilitante no 3.2 du rôle de collaborateur, et ce, pour toutes les étapes de la formation des résidents selon le continuum de compétences du modèle de la CPC, soit de l'entrée en résidence à l'expertise avancée. La présente trousse a été conçue en vue d'aider les responsables des programmes d'études postdoctorales à donner à leurs stagiaires les moyens d'atteindre tous ces jalons un par un afin qu'ils maîtrisent les compétences en transfert des soins décrites dans le Référentiel de compétences CanMEDS 2015. Les jalons associés au transfert des soins sont décrits en détail à la section 5 et présentés sous la forme d'un référentiel permettant d'élaborer un curriculum sur cette activité médicale.

Jalons associés à la compétence habilitante no 3.2 du rôle de collaborateur (« effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins ») dans le référentiel de compétences canmeds 2015².

1. Étape de la formation: Entrée en résidence

Jalons:

- Décrire les bonnes pratiques de transfert sécuritaire des soins qui permettent de s'assurer que le patient, les médecins et autres professionnels de la santé comprennent et prennent en charge toutes les dimensions de ces mêmes soins

2. Étape de la formation: Progression vers la discipline

Jalons:

- Décrire les informations spécifiques ou pertinentes requises au transfert sécuritaire des soins durant la transition du patient

3. Étape de la formation: Acquisition des fondements de la discipline

Jalons:

- Communiquer avec les médecins ou les professionnels de la santé à qui les soins sont transférés lors de la transition du patient, et offrir des précisions après le transfert le cas échéant
- Communiquer avec le professionnel de la santé de première ligne du patient au sujet des soins
- Résumer les particularités du patient dans le sommaire de transfert des soins, y compris les plans de soins continus

4. Étape de la formation: Maîtrise de la discipline

Jalons:

- Organiser le transfert sécuritaire des soins vers le médecin ou le professionnel de la santé compétent
- Analyser les lacunes dans les communications entre les professionnels de la santé lors de la transition du patient
- Reconnaître les enjeux touchant la sécurité des patients dans le cadre du transfert des soins et y donner suite

5. Étape de la formation: Transition vers la pratique

Jalons:

- Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins

6. Étape de la formation: Expertise avancée

Jalons:

- Offrir une formation sur les bonnes pratiques de transfert sécuritaire et efficace des soins
- Analyser les pratiques locales de transfert des soins et contribuer à améliorer le processus afin de renforcer la sécurité et l'efficacité du transfert des soins

Les jalons établis pour le transfert des soins permettent de structurer l'apprentissage graduel du transfert des soins en tant que compétence globale durant la résidence. Ils fournissent un cadre de référence pour l'élaboration d'un curriculum de transfert des soins pour tous les programmes de spécialité, qu'ils aient fait la transition vers la CPC ou qu'ils continuent à appliquer des objectifs de formation propres à leur spécialité. Certes, les jalons doivent servir de base à l'élaboration de votre curriculum, mais vous devrez également tenir compte de certains facteurs et du contexte clinique propres au fonctionnement de votre programme de résidence. Par exemple, vos résidents doivent peut-être apprendre divers types de transferts de soins (transferts de soins à la fin d'un quart de travail et transfert des soins postopératoire). Le fait de déterminer les aptitudes qui sont les plus importantes dans le cadre de votre programme vous aidera à concevoir un curriculum adapté à celui-ci.

Il est possible de définir des objectifs d'apprentissage et des stratégies d'enseignement et d'évaluation pour chaque étape de la formation et de les relier entre eux sur un schéma de curriculum.

ENTRÉE EN RÉSIDENCE

Jalon : Décrire les bonnes pratiques de transfert sécuritaire des soins qui permettent de s'assurer que le patient, les médecins et autres professionnels de la santé comprennent et prennent en charge toutes les dimensions de ces mêmes soins.

Enseignement : À ce stade de la formation, les stratégies d'enseignement visent essentiellement à initier les stagiaires aux techniques de **transfert des soins verbal et écrit normalisées** et à leur expliquer les raisons qui justifient cette normalisation. Vous pouvez présenter à vos stagiaires la stratégie de transfert des soins normalisée qui est privilégiée au sein de votre programme et les faire s'exercer en salle de classe, au cours d'une séance de formation en petit groupe ou au moyen d'exercices de simulation. Parmi les ressources utiles, citons le Guide des bonnes pratiques de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et les ressources du projet I PASS (tableau 5.2). La [conscience situationnelle](#), les facteurs environnementaux qui nuisent à l'efficacité du transfert des soins, tels que les sources de distraction (sonneries de téléavertisseur [Pagette] ou autres types d'interruptions), et les effets de la fatigue et de la [charge cognitive](#) sont des concepts fondamentaux que vous pouvez présenter à vos stagiaires dès les premières étapes de la résidence. Vous trouverez à la [section 2](#) une description des facteurs de risque qui contribuent aux erreurs de communication et quelques stratégies pour les corriger. Les ressources qui sont à votre disposition comprennent le Guide des bonnes pratiques de l'ACPM et le matériel du projet I-PASS (tableau 5.2).

Évaluation : À ce stade de la résidence, il s'agit d'évaluer si les apprenants « savent comment » effectuer un transfert des soins structuré³. L'évaluation et la rétroaction doivent porter sur les éléments suivants : utilisation par l'apprenant d'un outil de transfert des soins normalisé, capacité de l'apprenant à organiser l'information à l'aide de l'outil retenu et connaissance des facteurs environnementaux qui nuisent à l'efficacité du transfert des soins.

PROGRESSION VERS LA DISCIPLINE

Jalon : Décrire les informations spécifiques ou pertinentes requises au transfert sécuritaire des soins durant la transition du patient.

Enseignement : Durant cette étape de leur formation, les résidents commencent à acquérir des aptitudes relatives aux composantes du transfert des soins, notamment à utiliser systématiquement un schéma structuré pour transférer des soins verbalement et par écrit et à fournir des renseignements complets pour chacun des éléments pris en compte dans les outils de transfert des soins structurés (y compris les tâches à exécuter et le plan d'urgence). Les objectifs d'apprentissage doivent porter sur la capacité à transmettre des renseignements complets de manière structurée et à appliquer les principes de l'écoute active et de la communication en boucle fermée afin de garantir une transmission efficace de l'information.

Les activités cliniques fournissent suffisamment de possibilités d'enseignement et d'application des aptitudes pour le transfert des soins. Quoiqu'il en soit, pour compléter les possibilités d'apprentissage des aptitudes pour le transfert des soins qui s'offrent aux résidents dans le cadre de leurs activités cliniques quotidiennes, envisagez l'utilisation de techniques d'enseignement interactives :

- jeu de rôles ou simulation (p. ex., exercices de simulation du transfert des soins du projet I-PASS; séance sur le transfert des soins destinée aux résidents seniors) (tableau 5.2);

- activités d'apprentissage s'appuyant sur des descriptions de cas sous forme de fiches ou de vidéos (p. ex., atelier principal du projet I-PASS destiné aux résidents; formation en ligne M-OSHE; Guide des bonnes pratiques de l'ACPM) (tableau 5.2).

Évaluation : À ce stade, la priorité, c'est d'évaluer la structure et l'exhaustivité du transfert des soins. Comme c'est le cas pour l'enseignement, vous pouvez tirer parti des activités et du contexte cliniques quotidiens pour l'évaluation. Vous pouvez utiliser entre autres une liste de vérification pour évaluer le transfert des soins écrit et des outils d'observation directe en milieu de travail, tels que l'outil PACT, l'outil Handoff CEX et les outils d'observation du projet I-PASS destinés aux enseignants (tableau 5.3).

ACQUISITION DES FONDEMENTS DE LA DISCIPLINE

Jalons : Communiquer avec les médecins ou les professionnels de la santé à qui les soins sont transférés lors de la transition du patient, et offrir des précisions après le transfert le cas échéant. Communiquer avec le professionnel de la santé de première ligne du patient au sujet des soins. Résumer les particularités du patient dans le sommaire de transfert des soins, y compris les plans de soins continus.

Enseignement : À ce stade de la résidence, l'accent doit être mis sur le contenu du transfert des soins. Il s'agit alors de fournir aux apprenants une rétroaction sur leur raisonnement clinique et leurs aptitudes pour la prise de décisions, qui serviront de base à l'acquisition des aptitudes pour le transfert des soins⁴. Il est crucial pour eux d'apprendre à synthétiser des renseignements cliniques complexes et à les présenter sous la forme de problèmes et de plans d'action définis afin d'effectuer un transfert des soins clair et concis. Les autres aptitudes qu'ils devront acquérir sont la capacité à anticiper les prochaines étapes de la prestation des soins et à établir des plans d'urgence.

Des ressources telles que le Guide des bonnes pratiques de l'ACPM et les ressources du projet I-PASS (tableau 5.2) peuvent être utilisées dans le cadre d'exercices d'autoréflexion, de discussions en petit groupe ou d'exercices de simulation. Envisagez d'adapter à vos besoins l'atelier principal du projet I-PASS destiné aux résidents ou l'atelier OSHE (observed simulated handoff experience; observation d'une simulation de transfert des soins), qui comprennent tous les deux des ressources pédagogiques et des ressources pour l'évaluation (tableau 5.2).

Évaluation : À ce stade, l'évaluation est axée sur les aptitudes liées au contenu du transfert des soins, telles que le raisonnement clinique, la capacité à synthétiser l'information et la capacité à établir un plan d'urgence. Vous pouvez vous servir pour ce faire des outils d'observation du projet I-PASS destinés aux enseignants ou de l'outil Handoff CEX (tableau 5.3). La rétroaction portera sur le contenu et la structure du transfert des soins

MAÎTRISE DE LA DISCIPLINE

Jalons : Organiser le transfert sécuritaire des soins vers le médecin ou le professionnel de la santé compétent. Analyser les lacunes dans les communications entre les professionnels de la santé lors de la transition du patient. Reconnaître les enjeux touchant la sécurité des patients dans le cadre du transfert des soins et y donner suite.

Enseignement : À ce stade de la formation, l'enseignement est centré sur la communication et la collaboration. Vous trouverez des ressources pédagogiques sur le travail d'équipe, ainsi que des stratégies ou des outils pour éliminer les obstacles à la communication dans le Guide des bonnes pratiques de l'ACPM (tableau 5.2), que vous pourrez utiliser dans le cadre de discussions en petit groupe

ou d'activités de réflexion sur la pratique. À ce stade, la meilleure façon d'aider vos stagiaires à améliorer leurs aptitudes pour le transfert des soins consiste à les faire s'exercer à cette activité et à leur fournir un coaching ou une rétroaction « sur le tas ». Cette rétroaction peut être assurée par les enseignants, puisque selon les données publiées, les stagiaires ont l'impression que la présence d'un membre du corps professoral est indispensable lors d'un transfert des soins pour que celui-ci constitue une activité d'apprentissage⁵. Les commentaires additionnels formulés par les résidents ou les collègues qui reçoivent l'information lors d'un transfert des soins et l'utilisent par la suite sont également utiles. N'essayez pas de « cacher » aux apprenants les conséquences négatives des transferts de soins sous-optimaux⁶. Il est dans leur intérêt d'observer leurs collègues prendre les mesures de suivi qui s'imposent pour fournir aux patients concernés les soins dont ils ont besoin. Il faut encadrer les stagiaires de façon à ce qu'ils assument progressivement leurs responsabilités en participant activement aux activités de suivi appropriées, notamment en cernant les erreurs ou les omissions récurrentes qu'il serait possible d'éviter en adoptant des solutions systématiques pour le transfert des soins⁷.

Évaluation : À ce stade, l'apprenant ne peut plus se contenter de « savoir comment » effectuer un transfert des soins, il doit également être en mesure de « montrer à quelqu'un comment » s'y prendre ou d'effectuer concrètement un transfert des soins⁸. Les activités d'évaluation doivent viser en priorité à évaluer l'application des connaissances acquises sur la structure (processus) et le contenu (raisonnement clinique) du transfert des soins et sur la conscience situationnelle. Il s'agit plus précisément d'évaluer ou d'analyser les besoins d'apprentissage ou les lacunes de chaque stagiaire en transfert des soins, en particulier ceux qui sont liés aux problèmes de communication susceptibles d'avoir une incidence sur la sécurité des patients. L'évaluation en milieu de travail permet d'améliorer considérablement les compétences d'un apprenant, en particulier lorsqu'il est possible de mettre en pratique les éléments d'amélioration suggérés lors des prochaines rencontres. Les outils d'évaluation qui vous seront utiles comprennent les outils de réflexion sur les expériences de transfert des soins (voir le Guide des bonnes pratiques de l'ACPM; tableau 5.2) et les outils d'évaluation globale du transfert des soins, tels que l'outil Handoff CEX, la liste de vérification HEAR, ainsi que les outils d'observation destinés aux enseignants et les outils de rétroaction du projet I-PASS (tableau 5.3). Il est crucial de continuer à fournir aux stagiaires une rétroaction sur l'exécution du transfert des soins afin qu'ils améliorent leurs aptitudes en la matière tout au long de cette étape de leur formation.

TRANSITION VERS LA PRATIQUE

Jalon : Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins.

Enseignement : Durant cette phase de leur formation, les résidents font la preuve de leur capacité à effectuer systématiquement des transferts de soins efficaces dans divers contextes. Il faut leur apprendre à faire preuve de souplesse, c'est-à-dire à savoir adapter le contenu du transfert des soins en fonction du contexte clinique et de l'expérience de la personne à qui les soins sont transférés.

Évaluation : À ce stade, il s'agit d'appliquer des stratégies d'évaluation globale, comme l'outil Handoff CEX, les outils d'observation destinés aux enseignants et les outils de rétroaction du projet I-PASS, et la Transfer of Care Global Evaluation Scale (échelle d'évaluation globale du transfert des soins) (tableau 5.3), en ayant recours à l'observation directe et à la rétroaction pour aider les résidents à atteindre le degré de

confiance maximal. Par « degré de confiance maximal », on entend la capacité d'effectuer un transfert des soins efficacement et en toute sécurité sans supervision directe.

EXPERTISE AVANCÉE

Jalons : Offrir une formation sur les bonnes pratiques de transfert sécuritaire et efficace des soins. Analyser les pratiques locales de transfert des soins et contribuer à améliorer le processus afin de renforcer la sécurité et l'efficacité du transfert des soins.

Enseignement : Les résidents seniors et les enseignants peuvent continuer à améliorer leurs propres aptitudes pour le transfert des soins en participant à un processus d'amélioration continue de la qualité et en enseignant dans le cadre de ce processus. Ils peuvent se servir d'un schéma de curriculum de transfert des soins (voir ci-dessous) et des ressources d'apprentissage à des fins personnelles et à des fins d'enseignement. En prenant la tête d'un projet d'amélioration de la qualité à l'échelle locale dans un contexte clinique défini ou en participant à un tel projet dans un contexte de pratique local, il est possible d'acquérir une expertise avancée en transfert des soins. Clark et ses collaborateurs (2011) décrivent un exemple de curriculum pour le stade de l'expertise avancée en proposant un modèle que vous pourrez modifier pour créer un projet d'amélioration de la qualité adapté à votre milieu ou à des besoins d'apprentissage individuels⁹.

Évaluation : À ce stade, l'évaluation et la rétroaction porteront principalement sur l'expertise personnelle des résidents et leur capacité à enseigner les aptitudes pour le transfert des soins à autrui. Vous pourriez utiliser les ressources locales pour leur fournir une rétroaction; il peut s'agir par exemple d'enseignants cliniciens chargés d'enseigner le rôle de collaborateur aux stagiaires ou d'experts en sécurité des patients désireux d'améliorer le travail d'équipe et la communication (voir la section 4).

Concevez un curriculum sur le transfert des soins adapté aux besoins de votre programme de résidence

Un [curriculum](#) est un savant mélange de divers éléments : stratégies pédagogiques, contenu des cours, résultats pédagogiques escomptés, expériences pédagogiques, évaluation, milieu pédagogique, styles d'apprentissage individuels et programme de travail (Harden 2001)¹⁰. Kern et ses collaborateurs (1998) recommandent de suivre les étapes ci-dessous pour élaborer un curriculum propre à un programme de résidence¹¹ :

1. Cerner le problème que le curriculum doit permettre de résoudre et effectuer une évaluation globale des besoins.
2. Évaluer les besoins des apprenants cibles à chacune des étapes de la formation.
3. Définir des buts et des objectifs ou des résultats pédagogiques escomptés adaptés au programme.
4. Établir des stratégies pédagogiques.
5. Mettre en oeuvre le curriculum.
6. Évaluer le curriculum. Evaluate the curriculum.

Les stratégies qui vous permettront de faire le point sur les ressources de votre programme et de procéder à une évaluation des besoins ont été présentées à la section 4. Une fois que vous aurez évalué les ressources disponibles et les besoins des résidents de votre programme, vous serez en mesure de

définir les objectifs d'apprentissage ou les résultats pédagogiques escomptés pour chacune des étapes de la formation sur le transfert des soins. Le Collège royal fournit des conseils utiles sur la définition des objectifs d'apprentissage dans sa Trousse d'activités de DPC¹². Les objectifs d'apprentissage doivent :

- préciser ce que l'apprenant saura ou pourra faire après avoir participé à l'activité ou à la séance;
- commencer par un verbe d'action qui décrit ce que le participant pourra faire ou ce qu'il pourra entreprendre;
- préciser ce que le participant effectuera lorsqu'il passera à l'action.

Pour obtenir un complément d'information à ce sujet, veuillez consulter la section de la Trousse d'activités de DPC qui porte sur la définition des objectifs d'apprentissage¹³.

Une fois que vous aurez rédigé vos objectifs d'apprentissage, vous devrez choisir les méthodes d'enseignement que vous utiliserez et celles qui conviennent le mieux à chacun de ces objectifs. Plus précisément, analysez les points forts et les points faibles de chaque méthode afin de choisir celles qui vous permettront de répondre au mieux aux besoins que vous avez cernés. Il se peut que les ressources que vous avez recensées dans votre programme influent sur le processus de sélection des méthodes d'enseignement possibles. Ainsi, vous ne pourrez appliquer certaines méthodes (p. ex., simulation) que si vous disposez de l'expertise nécessaire à l'échelle locale. Cela dit, vous pourrez utiliser comme ressources d'apprentissage additionnelles certaines ressources cliniques existantes pouvant contribuer au transfert des soins. Il se pourrait par exemple que le système de dossiers médicaux électroniques de votre établissement comprenne des outils de transfert des soins écrits que vous pouvez utiliser pour améliorer les aptitudes de vos apprenants pour le transfert des soins écrits. De plus, vous serez peut-être en mesure d'harmoniser votre curriculum avec les projets d'amélioration de la pratique mis en place à l'échelle locale, afin de favoriser l'apprentissage du transfert des soins et l'amélioration continue de la qualité à cet égard chez les résidents, les enseignants et les autres parties prenantes du milieu de pratique¹⁴.

Nous débordons du cadre de la présente trousse d'information en décrivant en détail le processus de conception d'un curriculum; cela dit, vous trouverez une marche à suivre détaillée dans le manuel publié par le Collège royal sur la conception des outils de formation clinique, Conception des programmes d'études – Un guide CanMEDS pour les professions de la santé. Dans la présente section, nous nous pencherons plus particulièrement sur la sélection des outils pédagogiques et des outils d'évaluation, sur l'utilisation du Référentiel de compétences CanMEDS 2015 en vue de structurer le curriculum sur le transfert des soins, et sur la schématisation du curriculum.

Choisissez les outils pédagogiques et les outils d'évaluation pour votre curriculum sur le transfert des soins

LES OUTILS PÉDAGOGIQUES

Il est possible d'utiliser divers outils pour apprendre aux résidents à transférer les soins efficacement.

- **Cours magistraux interactifs** : Les cours magistraux sont un excellent moyen de véhiculer l'importance du transfert des soins, de sensibiliser les apprenants aux répercussions des erreurs de communication et des incidents liés à la sécurité des patients, et de leur présenter un cadre de

référence pour favoriser une communication verbale et écrite structurée lors des transferts de soins.

- **Activités d'apprentissage fondées sur des cas** : Vous pouvez avoir recours à des méthodes d'apprentissage fondées sur des cas pour enseigner le transfert des soins, tout comme on le fait pour d'autres activités cliniques et d'autres activités liées à la sécurité des patients. Des cas réels caractérisés par des problèmes de communication peuvent également faire l'objet des séances d'apprentissage fondées sur des cas lors des réunions sur la morbidité et la mortalité. Par exemple, un cas présenté par l'Agency for Healthcare Research and Quality (agence américaine pour la recherche sur les soins de santé et la qualité de ces soins) illustre les périls associés aux couvertures dans un autre service pendant les gardes¹⁵.
- **Bilan après le visionnement d'une vidéo** : Il existe de nombreuses vidéos de reconstitution de transferts de soins. Vous pouvez demander à vos stagiaires d'analyser les aspects du transfert des soins qui étaient satisfaisants dans ces reconstitutions et ceux qui peuvent être améliorés. Les vidéos de reconstitution peuvent également servir à illustrer ce qui constitue le transfert des soins par excellence. Enfin, ces outils peuvent se révéler utiles aux fins du perfectionnement du corps professoral¹⁶.
- **Jeux de rôles (simulation)** : Les apprenants peuvent développer leurs aptitudes pour la communication et mettre celles-ci en évidence en faisant des exercices pratiques de simulation. La meilleure stratégie pour ce faire consiste à demander aux stagiaires de simuler un transfert des soins avec un enseignant, des pairs ou un patient standardisé, puis à leur fournir une rétroaction précise. Il faut donner aux apprenants la possibilité de s'exercer non seulement à transférer les soins, mais également à prendre le relais lors d'un transfert des soins, afin qu'ils comprennent mieux chacun de ces rôles et qu'ils acquièrent l'expérience nécessaire pour les remplir tous les deux. Plusieurs scénarios de jeux de rôles ont été créés dans le cadre du projet I-PASS; ils sont disponibles en ligne¹⁷. Il va sans dire que vous pourrez les adapter à vos besoins et à votre spécialité. Vous trouverez également à la section 6 des exemples de cas propres à diverses spécialités.
- **Observation directe et rétroaction** : La consolidation en milieu de travail des concepts qui sont inculqués durant les activités de formation officielles contribue à ancrer l'apprentissage. Les enseignants (ou les résidents seniors) peuvent observer les stagiaires en début de formation pendant qu'ils font des transferts de soins et leur fournir une rétroaction par la suite. Il existe quelques outils de rétroaction qui peuvent les aider à mener à bien ces deux activités (voir la section sur les outils d'évaluation). Il est essentiel de fournir aux stagiaires une rétroaction précise au moment opportun dans le cadre des activités d'apprentissage en s'appuyant sur une observation directe.
- **Vérification des documents faisant état des transferts de soins et rétroaction** : Les enseignants peuvent examiner les documents qui font état des transferts de soins et fournir une rétroaction aux stagiaires qui les ont rédigés quant à leur capacité à mettre l'information à jour dans des délais appropriés, à l'exactitude de l'information consignée et à leur capacité à présenter l'information suivant un schéma structuré. Il existe des outils qui facilitent l'évaluation du transfert des soins écrit et du transfert des soins verbal.
- **Projet d'amélioration de la qualité des transferts de soins** : Rappelons qu'il est possible d'acquérir une expertise avancée en transfert des soins en prenant la tête d'un projet d'amélioration de la

qualité à l'échelle locale dans un contexte clinique défini ou en participant à un tel projet dans un contexte de pratique local.

Bon nombre des ressources qui peuvent être utilisées pour l'enseignement des aptitudes pour le transfert des soins ont été publiées en ligne. Nous vous en recommandons quelques-unes dans le tableau 5.2.

RESSOURCES PÉDAGOGIQUES POUR UN CURRICULUM SUR LE TRANSFERT DES SOINS

- **Ressource: Curriculum I-PASS²⁰**

1. Remarques: Le curriculum I-PASS comprend plusieurs outils. L'atelier destiné aux étudiants en médecine, qui est le pendant de l'atelier principal destiné aux résidents, s'adresse aux apprenants en début de formation dont l'expérience clinique est limitée et a donc été adapté à leurs besoins. Il comprend une formation sur le travail d'équipe, une formation sur les méthodes de communication structurées, une stratégie de transfert des soins normalisée et des exercices de simulation. Le matériel de cet atelier se trouve sur MedEdPORTAL à l'adresse www.mededportal.org/publication/9854.

Étape de la résidence: Entrée en résidence

2. Remarques: L'atelier principal destiné aux résidents est une séance de formation interactive de deux heures durant laquelle les techniques et les concepts I-PASS sont présentés à l'aide de cours magistraux, de vidéos, d'exercices en groupe et individuels, et d'un cahier d'exercices²¹. Il comprend une formation sur le travail d'équipe, une formation sur les méthodes de communication structurées, une stratégie de transfert des soins normalisée et des exercices de simulation. Le matériel de cet atelier se trouve sur MedEdPORTAL à l'adresse www.mededportal.org/publication/9311.

Étape de la résidence: Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline; maîtrise de la discipline; transition vers la pratique

3. Remarques: Les exercices de simulation du transfert des soins sont effectués au cours d'une séance de jeux de rôles d'une heure qui permet aux apprenants de mettre en pratique les techniques qu'ils ont apprises lors de l'atelier destiné aux résidents ou aux étudiants en médecine¹⁷. Ces exercices sont disponibles sur MedEdPORTAL à l'adresse www.mededportal.org/publication/9402.

Étape de la résidence: Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline; maîtrise de la discipline; transition vers la pratique

- Remarques : Les ressources de perfectionnement du corps professoral ont été conçues pour informer et former les enseignants ou les ambassadeurs du programme de transfert des soins I-PASS en prévision de la mise en oeuvre de celui-ci²². Le matériel de cet atelier se trouve sur MedEdPORTAL à l'adresse <https://www.mededportal.org/publication/9540>.

Étape de la résidence: Expertise avancée

- **Ressource : Atelier OSHE²³**

- Remarques : Cet atelier interactif de 90 minutes comprend une discussion, une présentation de cas, une vidéo de sensibilisation, un bilan et un jeu de rôles, suivis de l'observation d'une simulation de transfert des soins (OSHE, de l'anglais observed simulated handoff experience) fondée sur l'ECOS (voir le tableau 5.3). Le matériel de l'atelier OSHE est disponible en ligne, dans l'annexe de l'article.

Étape de la résidence : Entrée en résidence; progression vers la discipline

- **Ressource : Atelier M-OSHE²⁴**

- Remarques : Il s'agit d'un module de formation en ligne et de l'observation de multiples simulations de transferts de soins (M-OSHE, de l'anglais multi-patient observed simulated handoff experience). Formation en ligne : Elle comprend une vidéo de quatre minutes; une vidéocapture d'écran pédagogique de 15 minutes; une série de sept questions et un questionnaire d'évaluation à choix multiples. M-OSHE : Il y a une seule station dans le cadre d'un ECOS. Les participants doivent transférer verbalement les soins prodigués à trois patients. Ils sont évalués par un « récepteur » dûment formé qui s'appuie sur une liste de vérification à 5 éléments établie avec l'aide d'experts. Les outils de formation et d'évaluation M-OSHE figurent parmi le matériel complémentaire fourni avec l'article en ligne.

Étape de la résidence : Progression vers la discipline

- **Ressource : Curriculum SIGNOUT²⁵**

- Remarques : Ce bref curriculum sur le transfert des soins comprend un cours magistral de 30 minutes sur le contenu du transfert des soins établi selon l'acronyme mnémorique SIGNOUT, un document d'une page à distribuer aux apprenants, ainsi que des évaluations et des rétroactions hebdomadaires effectuées par un enseignant à l'aide d'un outil de rétroaction structuré. Il prévoit également une brève rétroaction en personne (les enseignants utilisent alors un outil de rétroaction pour fournir des renseignements utiles aux stagiaires sur divers aspects de la qualité, de la structure et du contenu du transfert des soins. Le curriculum d'une page est présenté à la figure 1 de l'article. L'outil de rétroaction se trouve à l'annexe 1 de l'article.

Étape de la résidence : Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline

- **Ressource : Projet d'amélioration de la qualité des transferts de soins²⁶**

- Remarques : Ce projet d'amélioration de la qualité consistait en une étude d'observation descriptive visant à normaliser les transferts de soins effectués par des pédiatres hospitaliers au moyen d'une liste de vérification, en vue d'améliorer la qualité des transferts de soins et le degré de satisfaction des médecins à l'égard de cette activité. La liste de vérification est fournie en complément de l'article en ligne sous la forme d'une figure.

Étape de la résidence : Expertise avancée

- **Ressource : Projet de normalisation des transferts de soins en chirurgie générale²⁷**

- Remarques : Ce projet d'amélioration continue de la qualité conçu par des résidents avait pour but d'évaluer le taux d'utilisation d'un outil de transfert des soins normalisé et la fréquence des transferts de soins effectués en personne.

Étape de la résidence : Acquisition des fondements de la discipline; maîtrise de la discipline; transition vers la pratique

- **Ressource : Guide des bonnes pratiques de l'ACPM¹⁸**

- Remarques : Ce guide fournit entre autres de l'information sur le transfert des soins, notamment sur son importance, les techniques de communication utiles, les obstacles possibles et les stratégies qui garantissent son efficacité. Ce guide se trouve sur le site Web de l'ACPM à l'adresse <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/handovers-f.html>.

Étape de la résidence : Toutes les étapes

- **Ressource : Séance de formation sur le transfert des soins destinée aux étudiants seniors¹⁹**

- Remarques : Il s'agit d'une séance de formation d'une heure sur le transfert des soins destinée aux étudiants en médecine seniors, qui est fondée sur des modèles de pratique et d'enseignement du transfert des soins et sur des principes généraux sur l'enseignement de la protection de la sécurité des patients. La trousse de formation comprend un guide à l'intention des enseignants, un document à distribuer aux étudiants, qui porte sur les principales caractéristiques du transfert des soins, des scénarios de jeux de rôles et une vidéo. Il faut communiquer avec l'auteur pour se procurer ces outils.

Étape de la résidence : Entrée en résidence

ACPM : Association canadienne de protection médicale

LES OUTILS D'ÉVALUATION

L'évaluation est un volet important de tout curriculum pédagogique, en ce sens qu'elle détermine aussi bien l'enseignement que l'apprentissage²⁸. Il a été prouvé que le fait d'évaluer les aptitudes des stagiaires pour le transfert des soins et de leur fournir une rétroaction améliore le degré de préparation aux transferts de soins, de même que le contenu global et la qualité globale de cette activité²⁹. Plus précisément, il faut évaluer si l'apprenant a atteint les différents jalons liés au transfert des soins et s'il a acquis une compétence globale en transfert des soins. En procédant à des évaluations à répétition ou en série, il est possible d'attester que l'apprenant a acquis non seulement les différentes aptitudes qui sous-tendent une compétence globale en transfert des soins, mais également cette compétence globale en tant que telle, en prévision d'une pratique autonome, c'est-à-dire qu'on peut lui accorder le degré de confiance maximal en la matière. Étant donné que le transfert des soins varie en fonction du contexte, de la situation et du cas en question, il peut être utile d'observer les apprenants à maintes reprises et dans divers contextes cliniques¹.

L'évaluation du transfert des soins peut comprendre les éléments suivants :

- évaluation en milieu de travail avec une rétroaction verbale;
- évaluation d'un portfolio d'activités d'apprentissage individuelles menées à bien;
- évaluation des documents de réflexion sur la pratique;
- dans le cas des résidents seniors, rétroaction sur l'enseignement du transfert des soins aux résidents juniors;

- évaluation des activités d'amélioration de la qualité accomplies, telles qu'une analyse de sa propre pratique;
- participation aux réunions sur la morbidité et la mortalité axée sur le transfert des soins.

Le nombre idéal d'évaluations de transferts de soins à effectuer pour déterminer si un apprenant maîtrise cette compétence n'a pas encore été établi. Ten Cate et Young (2012) estiment que 10 transferts de soins complets très satisfaisants qui ne contiennent aucune erreur, d'après ce qu'en ont conclu deux évaluateurs différents, constitueraient un échantillon valide pour juger de la compétence d'un apprenant en la matière, mais précisent que cette norme peut varier¹. Les auteurs du projet I-PASS recommandent quant à eux aux observateurs d'estimer avant tout la fréquence à laquelle un résident adopte correctement un comportement cible ou démontre qu'il possède une aptitude cible en vue de se forger une opinion globale quant à la compétence de celui-ci²², mais ils reconnaissent que le nombre idéal d'évaluations qui s'impose reste à déterminer. Par conséquent, il appartient à chaque programme de définir sa propre stratégie d'évaluation, notamment les méthodes d'évaluation à employer et le nombre d'évaluations nécessaires. L'une des stratégies permettant d'établir la maîtrise d'une compétence consiste à accroître progressivement la confiance accordée à un stagiaire, en le soumettant à une série d'évaluations et en diminuant au fur et à mesure le degré de supervision dont il fait l'objet¹. Les degrés de confiance accordés aux stagiaires sont les suivants¹ :

1. non-exécution de la tâche;
2. exécution de la tâche sous la supervision directe de quelqu'un qui est sur place;
3. exécution de la tâche avec possibilité de faire rapidement appel à un superviseur;
4. pratique non supervisée (supervision à distance);
5. supervision clinique des apprenants en début de formation.

Pour faire le lien avec les différentes étapes de la résidence établies dans le cadre de la CPC, le niveau 1 correspond à l'étape de progression vers la discipline, et les stagiaires atteignent le niveau 5 à l'étape de transition vers la pratique.

OBSERVATION DIRECTE ET RÉTROACTION

Idéalement, il faut fournir une rétroaction à un stagiaire sur le transfert des soins en fonction du contexte ou du milieu clinique dans lequel ce transfert a eu lieu, puisque les facteurs qui nuisent à une transmission efficace de l'information varient d'un contexte clinique à l'autre³⁰. La rétroaction se rapporte non seulement à l'exécution des différents jalons liés au transfert des soins, mais également à l'exécution de cette tâche dans sa globalité. Il peut être nécessaire de fournir à un stagiaire une rétroaction spécifique sur ses connaissances médicales, ses décisions cliniques ou son professionnalisme, ou encore sur ses aptitudes pour la communication verbale et écrite et l'écoute active^{30,31}. Les évaluations pourront porter sur des transferts de soins de plus en plus complexes (p. ex., transfert des soins prodigués à un patient dont l'état est instable, ou transfert des soins caractérisé par un diagnostic complexe ou un changement de professionnel de la santé) à mesure que l'apprenant devient compétent³¹. La rétroaction est effectuée par un enseignant ou un pair (résident) qui observe le transfert des soins ou qui y participe. Si la supervision clinique est de moins en moins étroite à mesure que le degré de confiance accordé au stagiaire augmente, le processus d'observation et de rétroaction continues, lui, se poursuit. Les outils d'évaluation en milieu de travail qui sont décrits dans cette section (tableau 5.3) peuvent aider les

enseignants à cibler leurs observations et à axer leur rétroaction sur l'exécution des différents jalons et de la tâche globale, à savoir le transfert des soins.

RESSOURCES POUR L'ÉVALUATION POUR UN CURRICULUM SUR LE TRANSFERT DES SOINS

RESSOURCE: OSHE²¹

Remarques: Il s'agit de l'observation d'une simulation de transfert des soins (OSHE, de l'anglais observed simulated handoff experience) fondée sur l'ECOS, qui met à contribution des récepteurs standardisés et qui vise à évaluer les aptitudes pour le transfert des soins d'étudiants de quatrième année au moyen de l'outil Handoff CEX. Cette observation est précédée de l'atelier OSHE (voir le tableau 5.2). Le matériel de l'atelier OSHE est disponible en ligne, dans l'annexe de l'article.

Étape de la résidence: Entrée en résidence; progression vers la discipline

RESSOURCE: LISTE DE VÉRIFICATION DESTINÉE À L'ÉVALUATION DU TRANSFERT DES SOINS ÉCRIT²⁹

Remarques: Cette courte liste de vérification du transfert des soins écrit a été conçue à partir d'une évaluation des besoins à l'interne et des recommandations publiées sur le transfert des soins. Elle a servi de base à l'évaluation de la structure du transfert des soins et de son contenu, ainsi qu'à l'évaluation en personne et à la rétroaction. Elle nécessitait un perfectionnement minime du corps professoral. La liste de vérification apparaît dans le tableau 1 de l'article.

Étape de la résidence: Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline

RESSOURCE: TRANSFER OF CARE GLOBAL EVALUATION SCALE (ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DU TRANSFERT DES SOINS)^{32,33}

Remarques: Cette échelle d'évaluation globale du transfert des soins s'applique aussi bien aux transferts des soins prodigués à de nouveaux patients qu'aux transferts visant à assurer la continuité des soins. Elle se veut un outil générique qui peut être utilisé au sein de diverses spécialités. Elle comprend six sous-échelles de Lickert en cinq points qui permettent d'évaluer globalement les caractéristiques suivantes du transfert des soins : structure, concision, assurance, ordre de présentation, volonté de chercher à comprendre l'information et professionnalisme. Cet outil d'évaluation est présenté à la figure 1 de l'article.

Étape de la résidence: Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline

RESSOURCE: OUTIL PACT³⁴

Remarques: Cet outil d'analyse du transfert des soins par l'observation directe a été mis au point sur la base des données recueillies auprès de groupes de discussion formés de résidents. Il repose sur l'acronyme PACT (priorité, admissions, changements, tâche). Il permet d'évaluer le temps consacré aux transferts de soins, le contenu et la qualité de ceux-ci, ainsi que le nombre d'interruptions. L'outil est présenté à la figure 1 de l'article.

Étape de la résidence: Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline; maîtrise de la discipline; transition vers la pratique

RESSOURCE: ÉVALUATION DES TRANSFERTS DE SOINS EN CHIRURGIE³⁵

Remarques: Ces outils servent à évaluer le transfert des soins prodigués aux patients en chirurgie suivant une méthode de communication structurée. Plus précisément, l'évaluation porte sur l'exécution du transfert des soins, les processus de relève, le milieu et la relation entre la personne qui transfère les soins et celle à qui ils sont transférés (il est à noter cependant qu'elle ne porte ni sur le contenu du transfert des soins et ni sur la qualité du message transmis). Les outils doivent être remplis par la personne qui transfère les soins, celle à qui les soins sont transférés et celle qui observe le transfert. Les outils sont présentés à la figure 1 de l'article.

Étape de la résidence: Progression vers la discipline; acquisition des fondements de la discipline; maîtrise de la discipline; transition vers la pratique

RESSOURCE: LISTE DE VÉRIFICATION HEAR³⁶

Remarques: Cette liste, qui a été dressée sur la base d'une analyse des comportements témoignant d'une écoute efficace, a été utilisée en vue de caractériser les comportements reflétant une écoute active ou une écoute passive et les interruptions durant les transferts de soins entre médecins hospitaliers. Cette liste de vérification est fournie à l'annexe supplémentaire A de l'article publié en ligne.

Étape de la résidence: Expertise avancée

RESSOURCE: OUTIL HANDOFF CEX³⁷

Remarques: Cet outil d'évaluation en temps réel a été conçu sur le modèle du mini-CEX (mini-exercice d'évaluation clinique). Les items ont été établis sur la base de l'expertise des auteurs et des compétences fondamentales de l'ACGME. Ils permettent d'évaluer le transfert des soins dans son ensemble, de même que ses composantes, sur une échelle de Lickert en neuf points. L'outil se divise en deux parties : une partie pour la personne qui transfère les soins et une autre pour la personne qui prend le relais. L'outil original est présenté à l'annexe A de l'article publié en ligne. Une version plus élaborée est fournie dans l'annexe de l'article de Farnan et de ses collaborateurs (2010)²³ et dans l'annexe supplémentaire B de l'article de Greenstein et de ses collaborateurs (2013)³⁶. Des données probantes additionnelles publiées par Arora et ses collaborateurs (2014) confirment la validité de cet outil lorsqu'il est utilisé par des enseignants qui évaluent des scénarios vidéos standardisés reproduisant divers degrés de rendement³⁸.

Étape de la résidence: Toutes les étapes

RESSOURCE: OUTILS D'OBSERVATION DU PROJET I-PASS DESTINÉS AUX ENSEIGNANTS^{20,22}

Remarques: Cette série d'outils d'évaluation a été conçue aux fins de l'évaluation des transferts de soins verbaux et des documents qui font état des transferts de soins. Comme son nom l'indique, l'outil d'observation et de rétroaction du projet I-PASS destiné aux enseignants aux fins de l'évaluation du transfert des soins verbal (I-PASS Verbal Handoff Assessment: Faculty observation and feedback tool) est axé sur le transfert des soins verbal. Il existe deux versions de cet outil : une version pour la personne qui transfère les soins, et une autre pour celle qui prend le relais. Quant à l'outil d'observation et de rétroaction du projet I-PASS destiné aux enseignants aux fins de l'évaluation du document faisant état du transfert des soins (I-PASS Printed Handoff Document Assessment: Faculty Observation and Feedback Tool), il porte plus particulièrement sur le document qui fait état du transfert des soins. Le matériel est disponible sur MedEd PORTAL à l'adresse www.mededportal.org/publication/9570/

Étape de la résidence: Toutes les étapes

ACGME : Accreditation Council for Graduate Medical Education

Schématisez votre curriculum

Le [schéma de curriculum](#) est une représentation du curriculum et des relations qui existent entre les diverses composantes de celui-ci. Il doit être conçu de telle sorte que les apprenants, les enseignants et les administrateurs puissent l'utiliser¹⁰. Il doit indiquer les résultats pédagogiques escomptés; le contenu du curriculum, notamment les activités et les ressources d'apprentissage qui serviront à atteindre les objectifs d'apprentissage; et le milieu d'apprentissage (salle de classe, simulation ou contexte clinique) dans lequel les divers éléments du curriculum seront mis en oeuvre. Il doit également présenter les ressources disponibles, telles que l'expertise des enseignants, et aider les utilisateurs à cerner les lacunes dans l'expertise disponible à l'échelle locale et les autres facteurs susceptibles de compromettre sa mise en oeuvre, qui peuvent être corrigés lors de l'étape de planification. Enfin, il doit faire état de la méthode systématique qui sera employée pour l'évaluation des participants et son évaluation en tant que curriculum. En effet, le curriculum doit faire l'objet d'un processus d'évaluation continue, y compris durant la phase de mise en oeuvre, qui permettra de repérer d'autres obstacles qui seront éliminés plus facilement au début de la mise en oeuvre qu'une fois que celle-ci sera bien avancée.

Le tableau 5.4. fournit un exemple de schéma de curriculum, qui pourrait être utilisé aussi bien au sein de programmes qui ont effectué la transition vers la CPC que de programmes qui continuent à utiliser les objectifs de formation CanMEDS 2015. Wohlhauer et ses collaborateurs (2012) ont publié un autre exemple de feuille de route ou de schéma de curriculum sur le transfert des soins³¹.

EXEMPLE DE SCHÉMA DE CURRICULUM SUR LE TRANSFERT DES SOINS

ÉTAPE DE LA FORMATION : ENTRÉE EN RÉSIDENCE

Composantes (compétences): Processus (méthode structurée)

Ressources d'apprentissage:

- Outils du projet I-PASS
- Guide des bonnes pratiques de l'ACPM
- Supervision directe et rétroaction en vue d'accorder une confiance maximale au stagiaire

Outils d'évaluation:

- Outils d'observation du projet I-PASS destinés aux enseignants
- Supervision directe et rétroaction

ÉTAPE DE LA FORMATION : PROGRESSION VERS LA DISCIPLINE

Composantes (compétences): Contenu (renseignements précis)

Ressources d'apprentissage:

- Outils du projet I-PASS (TeamSTEPPS)

Outils d'évaluation:

- I-PASS faculty observation tools

ÉTAPE DE LA FORMATION : ACQUISITION DES FONDEMENTS DE LA DISCIPLINE

Composantes (compétences): Communication, raisonnement clinique

Ressources d'apprentissage:

- OSHE
- Cas adaptés à la spécialité
- Supervision directe à des fins d'observation et de rétroaction

Outils d'évaluation:

- OSHE (transfert des soins normalisé)
- Outil Handoff CEX
- Rétroaction personnalisée fournie par un patron ou un résident qui prend le relais
- Outil d'observation et de rétroaction du projet I-PASS destiné aux enseignants aux fins de l'évaluation du document faisant état du transfert des soins
- Transfer of Care Global
- Evaluation Scale (échelle d'évaluation globale du transfert des soins)
- Liste de vérification HEAR

ÉTAPE DE LA FORMATION : MAÎTRISE DE LA DISCIPLINE

Composantes (compétences): Capacité à organiser le transfert, à analyser les lacunes dans les communications, à reconnaître les enjeux touchant la sécurité des patients et à les résoudre

Ressources d'apprentissage:

- Cas adaptés à la spécialité
- Observation directe en vue d'accorder une confiance maximale au stagiaire
- Guide des bonnes pratiques de l'ACPM (Communication – « Parler franchement »)

Outils d'évaluation:

- Outil Handoff CEX (avec la liste de vérification HEAR)
- Rétroaction personnalisée fournie par un patron ou un résident qui prend le relais (p. ex., résident de l'équipe de nuit, transmission d'information après une garde)
- Transfer of Care Global
- Evaluation Scale (échelle d'évaluation globale du transfert des soins)

ÉTAPE DE LA FORMATION : TRANSITION VERS LA PRATIQUE

Composantes (compétences): Capacité à effectuer globalement un transfert des soins efficace et sécuritaire

Ressources d'apprentissage:

- Observation directe en vue d'accorder une confiance maximale au stagiaire

Outils d'évaluation:

- Outil Handoff CEX
- Transfer of Care Global
- Evaluation Scale (échelle d'évaluation globale du transfert des soins)
- Information consignée dans le portfolio de réflexion sur la pratique : « transfert satisfaisant »
- Participation aux réunions sur la morbidité et la mortalité consacrées au transfert des soins

ÉTAPE DE LA FORMATION : EXPERTISE AVANCÉE

Composantes (compétences): Capacité à enseigner le transfert des soins, à analyser les erreurs ou les événements indésirables et à contribuer à l'amélioration du processus

Ressources d'apprentissage:

- Ressources du projet I-PASS destinées au perfectionnement du corps professoral
- Projet d'amélioration de la qualité des transferts de soins

Outils d'évaluation:

- Rétroaction d'un participant quant à l'enseignement du transfert des soins aux apprenants en début de formation (étudiants ou résidents juniors)
- Vérification de la qualité des notes faisant état du transfert des soins et de la rétroaction fournie aux apprenants en début de formation
- Animation des réunions sur la morbidité et la mortalité
- Participation aux projets d'amélioration de la qualité au sein du milieu de pratique clinique

ACPM : Association canadienne de protection médicale; OSHE : observed simulated handoff experience; observation d'une simulation de transfert des soins)

Les cinq conseils pratiques à retenir

1. Le transfert des soins compte parmi les compétences définies dans le Référentiel de compétences CanMEDs 2015 et il est associé à des jalons qui s'inscrivent dans le continuum de compétences.
2. La stratégie qui consiste à établir un curriculum sur le transfert des soins adapté aux besoins du programme s'avère utile pour la mise en oeuvre de celui-ci.
3. Il faut enseigner les composantes du transfert des soins de manière séquentielle.
4. Les modalités d'enseignement et d'évaluation doivent être adaptées au niveau de l'apprenant.
5. Il existe un certain nombre de ressources pédagogiques et de ressources d'évaluation sur lesquelles un programme peut s'appuyer pour établir un schéma de curriculum.

Ressources additionnelles

Outil d'évaluation É2 pour le rôle de collaborateur selon les CanMEDS : Formulaire de rencontre – Rôle de collaborateur, Guide des outils d'enseignement et d'évaluation CanMEDS. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. p. 148–9.

Outil d'évaluation É3 pour le rôle de collaborateur selon les CanMEDS : Formulaire de rencontre – Réunion d'équipe (peut être utilisé par les enseignants aux fins de l'évaluation du rendement des stagiaires), Guide des outils d'enseignement et d'évaluation CanMEDS. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. p. 150–1.

Feraco AM, Starmer AJ, Sectish TC, et al. Reliability of verbal handoff assessment and handoff quality before and after implementation of a resident handoff bundle. *Acad Pediatr* 2016;16(6):524–31.

Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, et al. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *J Clin Nurs* 2013;(9-10):1477–86.

Pezzolesi C, Manser T, Schifano F, et al. Human factors in clinical handover: development and testing of a 'handover performance tool' for doctors' shift handovers. *Int J Qual Health Care* 2013;25(1):58–65.

Stojan JN, Schiller JH, Mullan P, et al. Medical school handoff education improves postgraduate trainee performance and confidence. *Med Teach* 2015;37:281–8.

References

1. ten Cate O, Young JQ. The patient handover as an entrustable professional activity: adding meaning in teaching and practice. *BMJ Qual Saf* 2012;21(Suppl 1).
2. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Jalons CanMEDS [Internet]. S.d. Disponible au <http://canmeds.royalcollege.ca/fr/jalons>.
3. Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ* 2003;326:753.
4. Buckley S, Ambrose S, Anderson E, et al. BEME guide: tools for structured team communication in preregistration health professions education: a Best Evidence Medical Education (BEME) review: BEME Guide 41. *Med Teach* 2016;38(10):966–80.
5. Chu ES, Reid M, Schulz T, et al. A structured handoff program for interns. *Acad Med* 2009;84:347–52.
6. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Guide des outils d'enseignement et d'évaluation CanMEDS. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.
7. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Teaching tip 4. In: *CanMEDS teaching and assessment tools guide*. Ottawa: The Royal College; 2015. p. 124.
8. Miller GD. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65(9):S63–67.
9. Clark CJ, Sindell SL, Koehler RP. Template for success: using a resident-designed sign-out template in the handover of patient care. *J Surg Educ* 2011;68(1):52–7.
10. Harden RM. AMEE Guide No. 21. Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med Teach* 2001;23(2):123–37.

11. Kern DE, Thomas PA, Hughes MT. *Curriculum development for medical education – a six-step approach*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998.
12. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Trousse d'activités de DPC – Ressources pour l'élaboration ou l'examen d'une activité [Internet]. S.d. Disponible au <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/accreditation/cpd-activity-toolkit-f>.
13. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Trousse d'activités de DPC – Comment créer des objectifs d'apprentissage [Internet]. S.d. Disponible au <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/accreditation/toolkit/cpd-activity-toolkit-creating-learning-objectives-f>.
14. Wong B, Holmboe E. Transforming the academic faculty perspective in graduate medical education to better align educational and clinical outcomes. *Acad Med* 2016;91(4):473–9.
15. Farnan JM, Arora VM. The perils of cross coverage. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/266/the-perils-of-cross-coverage?q=handoff>
16. Calaman S, Hepps JH, Bismilla Z, et al.; I-PASS Study Education Executive Committee. The creation of standardsetting videos to support faculty observations of learner performance and entrustment decisions. *Acad Med* 2016 Feb;91(2):204–9.
17. Calaman S, Hepps J, Spector ND, et al. I-PASS handoff curriculum: handoff simulation exercises. *MedEdPORTAL* 2013;9:9402. Available from: www.mededportal.org/publication/9402/
18. Starmer AJ, O'Toole JK, Rosenbluth G, et al.; I-PASS Study Education Executive Committee. Development, implementation, and dissemination of the I-PASS handoff curriculum: a multisite educational intervention to improve patient handoffs. *Acad Med* 2014; 89(6):876–84.
19. Spector N, Starmer A, Allen A, et al. I-PASS handoff curriculum: core resident workshop. *MedEdPORTAL* 2013;9:9311. Available from: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9311
20. Starmer AJ, Landrigan CP, Srivastava R, et al. I-PASS handoff curriculum: faculty observation tools. *MedEdPORTAL*; 2013. Available from: www.mededportal.org/publication/9570
21. Farnan JM, Paro JA, Rodriguez RM, et al. Hand-of education and evaluations: piloting the observed simulated hand-off experience (OSHE). *J Gen Intern Med* 2010;25(2):129–34.
22. Gaffney S, Farnan JM, Hirsch K, McGinty M, Arora VM. The modified, multi-patient observed simulated handoff experience (M-OSHE): assessment and feedback for entering residents on handoff performance. *J Gen Intern Med* 2016;31(4):438–41.
23. Bump GM, Jacob J, Abisse SS, et al. Implementing faculty evaluation of written sign out. *Teach Learn Med* 2012;24:1–7.
24. Lo HY, Mullan PC, Lye C, et al. A QI initiative: implementing a patient handoff checklist for pediatric hospitalist attendings. *BMJ Qual Improv Rep* 2016;5(1):u212920.w5661.
25. Clark CJ, Sindell SL, Koehler RP. Template for success: using a resident-designed sign-out template in the handover of patient care. *J Surg Educ* 2011;68(1):52–7.
26. Canadian Medical Protection Association. Handovers. In: Good practices guide. Available from: www.cmpaacpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Handovers/handovers-e.html

27. Darbyshire D, Gordon M, Baker P. Teaching handover of care to medical students. *Clin Teach* 2013;10(1):32–7.
28. Kromann CB, Jensen ML, Ringsted C. The effect of testing on skills learning. *Med Educ* 2009;43:21–7.
29. Bump GM, Bost JE, Buranosky RMS, et al. Faculty member review and feedback using a sign-out checklist: improving intern written sign-out. *Acad Med* 2012;87(8):1125–31.
30. Johnson J.K., Arora V. M. Can we talk? The art (and science) of handoff conversation. *BMJ Qual Saf* 2016;25:63–5.
31. Wohlauer MV, Arora MV, Horwitz LI, Bass EJ, Mahar SE, Philibert I. The patient handoff: A comprehensive curricular blueprint for resident education to improve continuity of care. *Acad Med* 2012;87(4):411–418.
32. Dandoy CD, Hilden JM, Billet AL, et al. (eds). Fig. 15.4 In: *Patient safety and quality in pediatric hematology/oncology and stem cell transplantation*. New York: Springer International Publishing; 2017. p. 263.
33. Britt RC, Ramirez DE, Anderson-Montoya BL, et al. Resident handoff training: initial evaluation of a novel method. *J Healthc Qual* 2015;37(1):75–80.
34. Tapia NM, Fallon SC, Brandt ML, et al. Assessment and standardization of resident handoff practices: PACT project. *J Surg Res* 2013;184(1):71–7.
35. Hasan H, Ali F, Barker P, et al. Evaluating handoffs in the context of a communication framework. *Surgery* 2017;161(3):861–8.
36. Greenstein EA, Arora VM, Stasiunas PG, et al. Characterising physician listening behaviour during hospitalist handoffs using the HEAR checklist. *BMJ Qual Saf* 2013;22(3):203–9.
37. Horwitz LI, Rand D, Stasiunas P, et al. Development of a handoff evaluation tool for shift-to-shift physician handoffs: the Handoff CEX. *J Hosp Med* 2013;8(4):191–200.
38. Arora VM, Berhie S, Horwitz LI, Saathoff M, Stasiunas P, Farnan JM. Using Standardized Videos to Validate A Measure of Handoff Quality: the Handoff Mini-CEX. *Journal of hospital medicine*: an official publication of the Society of Hospital Medicine. 2014;9(7):441–446.

SECTION 6: APPRENTISSAGE FONDÉ SUR DES CAS

Auteurs: Joshua Gleicher MD, MSc, FRCSC, and Antoine Eskander MD, ScM, FRCSC

Objectifs de la section 6

Après avoir lu la présente section, vous devriez être en mesure de :

1. Passer en revue les différents types de transferts de soins, les difficultés qui les caractérisent et les stratégies visant à atténuer ces dernières
2. Passer en revue les problèmes de transfert des soins propres à diverses spécialités et proposer des stratégies d'amélioration en se fondant sur des cas

Aperçu de la section 6

- Contexte
- Considérations importantes relatives aux différents types de transferts de soins
- Exemples de cas :
 - transfert des soins au sein de l'équipe d'une unité de soins
 - transfert des soins au sein d'une équipe chirurgicale durant la fin de semaine
 - transfert des soins prodigués à un patient polytraumatisé
 - transfert des soins de l'unité de soins intensifs à une autre unité de soins
 - transfert des soins en pathologie ou en médecine de laboratoire
 - transfert des soins en médecine d'urgence
 - transfert des soins en psychiatrie
- Les cinq conseils pratiques à retenir

Contexte

Comme nous l'avons mentionné dans les précédentes sections de cette trousse d'information, il peut y avoir divers types de transferts de soins en milieu hospitalier compte tenu de l'éventail de soins cliniques possibles. S'il est vrai que les stratégies globales permettant de transférer efficacement des soins verbalement et par écrit (voir la section 3 s'appliquent en grande partie à tous les types de transferts de soins, il n'en demeure pas moins que certaines caractéristiques du transfert des soins varient d'une spécialité à l'autre et qu'il peut donc être nécessaire d'en tenir compte dans le curriculum. Citons par exemple l'incapacité d'effectuer le transfert des soins en personne ou au chevet du patient, la nécessité de transférer les soins prodigués à un grand nombre de patients hospitalisés rapidement, mais efficacement, ou le transfert des soins prodigués à un patient entre deux équipes de professionnels de la santé différentes durant la transition de ce patient d'un établissement de soins à l'autre.

Dans la section qui suit, nous vous présenterons les caractéristiques du transfert des soins qui peuvent varier en fonction du contexte clinique, nous résumerons les principales considérations relatives aux différents types de transferts de soins et nous vous fournirons une série d'exemples de cas et de

scénarios de jeux de rôles que vous pourrez adapter au curriculum sur le transfert des soins de votre programme.

Les difficultés particulières qui nuisent à l'efficacité des transferts de soins peuvent varier selon que les patients concernés reçoivent des soins médicaux ou des soins chirurgicaux. Les facteurs qui compliquent plus particulièrement le transfert des soins médicaux comprennent la nécessité de transférer d'un coup les soins prodigués à un grand nombre de patients, le manque d'exhaustivité des renseignements transmis sur les patients et l'hétérogénéité des cas¹. Dans le cas des patients en chirurgie, l'un des obstacles majeurs à l'efficacité des transferts de soins tient au fait que la qualité de la transmission de l'information se dégrade de plus en plus tout au long du séjour du patient, parce que des erreurs peuvent se produire à divers stades du parcours de soins (de l'étape de la collecte des données préopératoires jusqu'à celle des soins de jour en passant par les événements intraopératoires et le transfert postopératoire)². Comme il a été précisé à la section 3, la normalisation du transfert des soins peut améliorer tous les aspects de cette activité.^{3,4}

Considérations importantes relatives aux différents types de transferts de soins

LES TRANSFERTS DE SOINS EFFECTUÉS À LA FIN D'UN QUART DE TRAVAIL

Le type de transfert de soins le plus fréquent est celui qui est effectué à la fin d'un quart de travail. En général, il s'agit du transfert des soins prodigués à une cohorte de patients hospitalisés au sein d'une unité de soins donnée ou d'une unité de soins intensifs qui s'effectue entre médecins. Les éléments d'information (contenu) qui sont transmis alors portent habituellement sur les maladies concomitantes, l'état clinique des patients et son évolution, les examens paracliniques en cours, les listes de tâches précises à exécuter et les plans d'urgence à suivre en cas de problème. Étant donné le volume important de patients que comptent bien des services hospitaliers, le transfert des soins qui est effectué à la fin d'un quart de travail prend généralement un certain temps. En outre, durant ce type de transfert, il est souvent difficile de réduire au minimum les interruptions et de transmettre toute l'information de façon concise. Toutes ces difficultés peuvent aboutir à l'omission de renseignements cruciaux, ce qui risque de contribuer à des événements indésirables¹. Les processus de transfert des soins normalisés, tels que la série d'interventions I PASS, qui ont justement été mis en place pour y remédier ont considérablement réduit le nombre d'erreurs médicales et d'événements indésirables⁵.

LES TRANSFERTS DE SOINS PEROPÉRATOIRES

L'autre type de transfert de soins qui s'observe fréquemment est celui qui consiste en la transition postopératoire des patients de la salle d'opération à la salle de réveil ou à l'unité de soins intensifs. Certes, ces transferts de soins ne concernent qu'un seul patient à la fois, mais en général, il s'agit d'un patient qui nécessite des soins complexes et qui est en proie à des problèmes de santé actifs qui commandent des interventions médicales et chirurgicales. Sans compter que la prestation des soins peropératoires est assurée par une équipe multidisciplinaire; autrement dit, les nombreux médecins et membres du personnel infirmier qui prennent en charge le patient sont appelés à communiquer et à collaborer efficacement les uns avec les autres pour favoriser l'établissement d'un modèle mental commun solide et une bonne prise de conscience situationnelle. Enfin, les unités de soins postopératoires sont souvent bruyantes et bouillonnantes d'activité, à tel point que les interruptions et les sources de distraction sont souvent les principaux facteurs qui font obstacle à l'exécution de

transferts de soins efficaces, efficaces et sécuritaires⁶. Il est donc essentiel d'adopter des stratégies qui réduiront au minimum les répercussions de ces facteurs pour que les transferts de soins soient sécuritaires.

LES TRANSFERTS DE SOINS INTRAOPÉRATOIRES

Les transferts de soins intraopératoires requièrent une vigilance particulière. Étant donné que les interventions chirurgicales sont des interventions à haut risque, toute faille dans ce type de transfert peut avoir des conséquences graves⁷. Les chirurgiens et les anesthésiologistes doivent être à même de transférer efficacement les soins dont ils ont la responsabilité au cours d'opérations longues et complexes. Or selon une récente enquête, 93 % des anesthésiologistes interrogés ont fait état de complications ou d'erreurs dans la prise en charge attribuables à des transferts de soins intraopératoires sous-optimaux⁸. Il ressort d'une autre étude que les transferts de soins intraopératoires accroissent le risque d'affection nosocomiale grave et de décès en milieu hospitalier de 8 % (même après correction en fonction des facteurs de confusion)⁹. Il est donc important que les participants aux transferts de soins intraopératoires appliquent des méthodes de communication structurées et qu'ils préparent des plans d'urgence pour la prise en charge de complications ou d'événements indésirables potentiels. L'utilisation de listes de vérification peut également garantir la transmission de renseignements cruciaux sur les patients¹⁰.

LES TRANSFERTS DE SOINS EFFECTUÉS EN FIN DE STAGE

À la fin d'un stage, les résidents sont appelés à transférer les soins prodigués à un grand nombre de patients; c'est donc dire que ce type de transfert peut être particulièrement important et complexe. Qui plus est, à la fin d'une période de stage, l'ampleur du renouvellement des résidents (et parfois même des membres du corps professoral) est telle qu'elle augmente le risque d'omission de renseignements cruciaux, d'erreurs médicales et d'établissement tardif du diagnostic. Selon une récente étude de cohorte multicentrique de grande envergure dont les données ont été publiées dans le JAMA, le taux de mortalité hospitalière était significativement plus élevé chez les patients qui ont été hospitalisés pendant la période des transferts de soins effectués à la fin des stages que chez les patients qui ont été hospitalisés à d'autres moments¹¹. Cette observation fait ressortir l'importance de la continuité des soins et la nécessité pour les stagiaires (et les enseignants) d'effectuer des transferts de soins efficaces à la fin des périodes de stage.

LES AUTRES TYPES DE TRANSFERTS DE SOINS

Il existe de nombreux autres types de transferts de soins dans le milieu clinique, y compris ceux qui sont effectués dans d'autres contextes hospitaliers (p. ex., transferts de soins effectués au sein d'un service des urgences à la fin d'un quart de travail, en psychiatrie ou en obstétrique). Il y a également un grand nombre de transferts de soins qui s'effectuent entre divers milieux de soins au sein d'un établissement donné (p. ex., transition des patients admis à l'unité de soins intensifs à une unité de soins médicaux). Ajoutons à cela que les transferts de soins revêtent une importance croissante dans le contexte des consultations externes ou en contexte ambulatoire. Par exemple, dans un contexte de consultations externes, il peut être nécessaire de transférer les soins prodigués à certains patients avant les périodes d'absence prévues (soirs, fins de semaine ou vacances). C'est le cas notamment des patients externes qui doivent subir des examens ou qui sont susceptibles de revenir pour d'autres consultations externes en raison de la persistance de leurs problèmes médicaux.

Exemples de cas

Dans un souci d'aider les apprenants à analyser les difficultés qui peuvent compromettre l'efficacité du transfert des soins dans certains milieux de soins, nous avons créé une série de sept cas interactifs qui peuvent être utilisés dans le cadre d'activités d'apprentissage par problèmes ou de jeux de rôles (encadré 6.1). Ces cas mettent en évidence les principaux éléments qui caractérisent les transferts de soins de grande qualité effectués au sein d'une spécialité donnée ou entre deux spécialités, dans divers contextes cliniques (p. ex., unité de soins, salle de réveil, unité de soins intensifs).

COMMENT UTILISER LES EXEMPLES DE CAS

Tels qu'ils ont été conçus, ces cas pourront servir de base à un exercice d'apprentissage interactif ou de simulation fondé sur des cas destiné aux résidents. Idéalement, ils doivent s'inscrire dans le cadre d'un curriculum global sur le transfert des soins et être présentés sous la forme d'une activité interactive au cours d'une séance de formation ou sous la forme d'une activité à part entière.

Ces cas ont été conçus pour que vous les utilisiez comme des éléments d'orientation et non pas comme des produits finis. Par conséquent, n'hésitez pas à les adapter aux exigences particulières de votre programme de résidence. Vous pouvez modifier n'importe lequel d'entre eux pour illustrer un problème particulier lié au transfert des soins. Vous pourriez aussi vous servir d'un seul cas pour présenter une partie ou la totalité des problèmes qui vous intéressent, selon les buts et les objectifs de votre intervention pédagogique. Il est également possible d'incorporer l'un des éléments d'un cas (p. ex., un élément qui souligne l'importance d'une bonne communication interprofessionnelle avec le personnel infirmier) à un autre cas. Enfin, les consignes pour faire un bilan et les questions pour orienter la discussion qui sont présentées à la fin de chaque cas sont interchangeable et peuvent donc s'appliquer à n'importe quel cas. Vous trouverez au tableau 6.1 des suggestions de stratégies permettant d'extraire des éléments de divers cas afin d'illustrer les problèmes que vous souhaitez aborder lors de votre séance de formation.

Dans la mesure du possible, faites appel à la contribution de représentants des résidents si vous modifiez ces cas ou que vous en créez de nouveaux. Ainsi, vous répondrez aux besoins des apprenants et vous optimiserez l'efficacité de votre séance de formation sur le transfert des soins. Mais, pour ce faire, vous devrez vous y prendre à l'avance.

Il est à noter que les fiches de transfert des soins qui accompagnent les cas contiennent des erreurs et des ambiguïtés que nous avons laissées volontairement afin de reproduire fidèlement la réalité. Libre à vous d'accentuer ou, au contraire, de corriger ces erreurs comme bon vous semble. Faites attention aux acronymes et aux abréviations, parce que les apprenants les connaissent peut-être plus ou moins.

Examinez les pratiques en transfert des soins qui ont cours dans votre milieu et les outils qui sont utilisés et comparez-les aux pratiques et aux outils décrits dans les exemples de cas.

Lors des séances de formation, souignez d'abord les principes généraux qui sous-tendent le transfert des soins avant de mettre l'accent sur les difficultés inhérentes à votre spécialité :

- effectuer le transfert des soins suivant un schéma structuré;
- gérer les interruptions efficacement;
- effectuer le transfert des soins dans un contexte multidisciplinaire lorsqu'il s'agit de cas complexes;

- prendre en main les situations dans lesquelles il n'y a pas eu de transfert des soins adéquat.

Toute séance de formation qui est fondée sur ces exemples de cas doit miser fortement sur l'interactivité. Organisez des jeux de rôles pour que les résidents s'exercent à effectuer des transferts de soins et prévoyez suffisamment de temps pour la rétroaction et la discussion. Pour faciliter les jeux de rôles, nous avons associé à chaque exemple de cas des renseignements portant sur des patients fictifs. Pour chaque cas, il faut que deux à six résidents se prêtent au jeu de rôles. Si votre petit groupe compte plus de résidents qu'il n'en faut pour le jeu de rôles, les autres résidents pourront jouer le rôle d'observateurs, fournir une rétroaction aux participants du jeu de rôles et prendre part à la discussion. L'animateur de la séance de formation trouvera les principales questions servant à orienter la discussion à la fin de chaque cas. Nous ne pouvons nous attarder dans cette section sur les stratégies optimales pour organiser un jeu de rôles, pour donner des consignes aux participants et faire un bilan, ou pour favoriser la participation active des stagiaires, mais nous espérons que les instructions que nous vous donnons seront des points de repère suffisants pour vous aider à préparer des interactions pédagogiques constructives.

COMMENT UTILISER LES EXEMPLES DE CAS POUR PRÉPARER DES JEUX DE RÔLES POUR LE CURRICULUM SUR LE TRANSFERT DES SOINS DE VOTRE PROGRAMME

1. **Problème:** Nécessité d'utiliser une méthode de communication structurée et de suivre un schéma normalisé pour effectuer le transfert des soins

Cas à adapter: Vous trouverez dans les cas nos 1, 4, 5, 6 et 7 quelques idées pour organiser un jeu de rôles qui permet de comparer les effets d'une transmission d'information non structurée à ceux d'une transmission d'information structurée. Examinez les différents outils de transfert des soins structurés proposés pour les cas nos 1, 2 et 4 (outils du projet I-PASS, acronyme SBAR, acronyme SIGNOUT).

Questions pour orienter la discussion:

- Comment faire pour que les documents faisant état des transferts de soins soient mis à jour au bon moment?
- Comment éviter que les documents faisant état des transferts de soins soient mal présentés?
- Quels outils de transfert des soins utilise-t-on au sein de votre hôpital d'après ce que vous avez constaté? Qu'est-ce qui caractérise un bon outil de transfert des soins?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des divers outils et acronymes utilisés pour le transfert des soins?
- Comment l'acronyme SBAR se compare-t-il aux acronymes qui ont été conçus précisément pour le transfert des soins (tels que les acronymes I-PASS ou SIGNOUT)?

2. **Problème:** Structure du transfert des soins (participants et milieu de soins)

Cas à adapter: Le cas no 1 consiste en un transfert effectué dans un milieu bruyant ou bouillonnant d'activité. Le cas no 2 porte sur le transfert des soins entre un résident qui s'en va et les deux résidents qui prennent le relais dans un milieu bouillonnant d'activité. Vous pourriez le modifier de telle sorte que le transfert se fasse entre résidents juniors ou entre deux équipes.

Questions pour orienter la discussion:

- Comment le transfert des soins est-il structuré au sein de votre programme? Les résidents juniors et seniors effectuent-ils les transferts de soins en équipe (un seul transfert des soins) ou individuellement (c.- à-d. parallèlement)?
- En quoi un transfert des soins effectué en équipe serait-il préférable à des transferts de soins effectués parallèlement?
- Quel est le lieu idéal pour procéder au transfert des soins? Disposez-vous d'un espace privé pour effectuer les transferts de soins dans le calme?
- En général, combien de temps dure un transfert des soins adéquat?

3. Problème: Gestion des nombreuses interruptions

Cas à adapter: Le cas no 2 comporte plusieurs exemples d'interruptions qui peuvent être incorporées aux autres scénarios. Vous pouvez ajouter des interruptions intempestives au cas no 6.

Questions pour orienter la discussion:

- Combien de fois êtes-vous interrompu lors des transferts de soins?
- Avec quels types d'interruptions devez-vous composer?
- Quelles mesures pouvez-vous prendre pour prévenir les interruptions?
- Et s'il était absolument nécessaire d'interrompre le transfert des soins en cours? Quelles circonstances justifieraient une telle interruption? En quoi consisterait un plan d'action raisonnable pour l'équipe qui transfère les soins et celle qui prend le relais?
- Nous n'avons utilisé qu'un seul outil de transfert des soins pour ce jeu de rôles. Quels autres outils de transfert des soins utilise-t-on au sein de votre hôpital d'après ce que vous avez constaté? Qu'est-ce qui caractérise un bon outil de transfert des soins?

4. Problème: Transfert des soins prodigués à un patient qui nécessite des soins complexes ou qui est aux prises avec de nombreux problèmes de santé actifs

Cas à adapter: Les cas nos 1, 3 et 4 portent sur des patients qui nécessitent des soins complexes ou qui sont aux prises avec de nombreux problèmes de santé actifs.

Questions pour orienter la discussion:

- Comment se fait-il que le nombre d'erreurs commises augmente avec la complexité du transfert des soins?
- Comment établissez-vous le contenu du transfert des soins dans les cas complexes caractérisés par la concomitance de multiples problèmes ou en cas d'hospitalisation prolongée?

5. Problème: Transfert des soins entre deux équipes multidisciplinaires

Cas à adapter: Vous trouverez dans les cas nos 3 et 4 des idées pour organiser un jeu de rôles faisant intervenir des résidents aux spécialités diverses.

Questions pour orienter la discussion:

- Pourquoi les transferts de soins qui s'effectuent entre deux équipes multidisciplinaires sont-ils plus compliqués?
- Quand faut-il envisager la participation d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle (p. ex., infirmière en charge) au transfert des soins verbal?

6. **Problème:** Transmission d'une liste de tâches à exécuter incomplète lors du transfert des soins
Cas à adapter: Les listes de tâches à exécuter qui sont transmises dans les cas nos 5, 6 et 7 sont incomplètes.

Questions pour orienter la discussion:

- Qu'est-ce qui contribue à la transmission de listes de tâches incomplètes lors du transfert des soins?
- En quoi des renseignements qui ne sont plus d'actualité peuvent-ils s'avérer problématiques?
- Comment trouver le temps nécessaire pour dresser une liste de tâches complète?

7. **Problème:** Considérations particulières liées aux transferts de soins effectués durant la fin de semaine

Cas à adapter: Le cas no 2 porte sur un transfert effectué à la fin d'une garde (du vendredi soir au samedi matin).

Questions pour orienter la discussion:

- En quoi les transferts de soins effectués la fin de semaine diffèrent-ils de ceux effectués en semaine? Quels problèmes faut-il souligner en priorité dans chaque cas?

8. **Problème:** Considérations particulières liées aux transferts de soins effectués à la fin d'un stage ou d'un autre type d'absence prolongée (p. ex., vacances)

Cas à adapter: Le cas no 1 (2e option) permet de comparer un transfert effectué à la fin d'un stage à un transfert effectué à la fin d'un quart de travail.

Questions pour orienter la discussion:

- En quoi les transferts de soins effectués à la fin d'un stage diffèrent-ils de ceux qui sont effectués à la fin d'un quart de travail?
- Citez quelques facteurs susceptibles de compromettre l'efficacité des transferts de soins effectués en fin de stage. En quoi se distinguent-ils des facteurs qui compliquent les transferts de soins effectués à la fin d'un quart de travail?
- Quelles sont vos attentes à l'égard des transferts de soins effectués en fin de stage? Est-ce que vous vous présentez un jour ou une fin de semaine avant le début de votre stage pour commencer à faire la tournée des patients avec l'équipe précédente? (À vrai dire, êtes-vous en mesure de le faire?) Est-ce que vous vous documentez sur les patients en prévision de votre stage?
- Quel est le contexte idéal pour effectuer ce type de transfert des soins?
- De quelle façon les enseignants peuvent-ils contribuer à améliorer les transferts de soins effectués en fin de stage?

Cas no 1 – Transfert des soins au sein de l'équipe d'une unité de soins

Spécialité :	médecine interne générale, pédiatrie (ou toute autre spécialité disposant d'unités d'enseignement clinique en milieu hospitalier)
Milieu :	unité de soins hospitaliers
Problèmes :	transfert des soins non structuré, concomitance de nombreux problèmes de santé actifs

But :

Ce cas vise à reproduire un transfert des soins effectué à la fin d'un quart de travail entre un résident qui avait sous sa responsabilité une cohorte de patients admis à l'hôpital et le résident qui prend le relais.

Ressources :

Fiche de transfert des soins no 6.1 : fiche de transfert des soins non structurée

Fiche de transfert des soins no 6.2 : fiche de transfert des soins structurée suivant le modèle I-PASS

Consignes pour le jeu de rôles :

Demandez à deux résidents d'interpréter ce scénario. Le transfert des soins sera effectué à l'aide de la fiche non structurée (fiche no 6.1) la première fois, puis à l'aide de la fiche structurée suivant le modèle I-PASS (fiche no 6.2) la seconde fois. Vous pouvez demander à une seule paire de résidents de se prêter au jeu de rôles les deux fois ou confier les deux versions du jeu de rôles à deux paires de résidents différentes.

Remettez UNIQUEMENT la fiche no 6.1 aux autres participants pour qu'ils puissent suivre le jeu de rôles.

Rôles :

Le résident no 1 transfère les soins et le résident no 2 prend le relais.

Vous pouvez ajouter des renseignements additionnels au scénario, tels que le niveau de formation des deux résidents, afin d'illustrer dans quelle mesure le degré d'expérience pourrait influencer sur la quantité de renseignements à fournir lors d'un transfert des soins.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

Après le premier jeu de rôles fondé sur la fiche de transfert des soins non structurée (fiche no 6.1), posez les questions à débattre suivantes aux résidents pour lancer une discussion en petit groupe :

- Quels sont les points forts de la fiche de transfert des soins et quels éléments de celle-ci pourraient être améliorés?
- Qu'est-ce qui a empêché les participants d'effectuer un transfert des soins plus exhaustif?

- Comment faire pour que les documents faisant état des transferts de soins soient mis à jour au bon moment?
- Comment éviter que les documents faisant état des transferts de soins soient mal présentés?

Une fois que les apprenants auront répondu à ces questions, refaites le jeu de rôles en utilisant la fiche de transfert des soins structurée (fiche no 6.2) cette fois. À ce stade, vous pouvez distribuer la fiche no 6.2 à l'ensemble du groupe. Posez les questions suivantes aux résidents pour alimenter la discussion après ce second jeu de rôles :

- En quoi ce transfert des soins est-il meilleur que le précédent?
- En quoi cette fiche de transfert des soins est-elle meilleure que la précédente?

Fiche de transfert des soins n.6.1

1. Nom du patient : Zhang, Emily

Renseignements sur le patient : Femme de 88 ans hospitalisée en raison d'un déclin fonctionnel et cognitif. En attente de son placement.

2. Nom du patient : Wilson, Larry

Renseignements sur le patient : Homme de 64 ans aux prises avec une dyspnée et une toux × 5 jours. HDV : gros fumeur. Le travail respiratoire a augmenté à l'urgence. La RXP a mis en évidence une hyperinflation des poumons. Respiration sifflante prolongée à l'auscultation. Diagnostic posé : exacerbation aiguë de la MPOC. Mis sous prednisone + antibiothérapie. Dans l'attente des résultats du bilan, notamment de la mise en culture des expectorations. ATCD méd. : maladie vasculaire périphérique, tabagisme, diabète, HTA, MPOC, obésité. Ce patient devra faire l'objet d'un suivi à titre de patient externe à un moment ou à un autre.

3. Nom du patient : Ahmed, Ali

Renseignements sur le patient : Homme de 68 ans atteint d'une maladie cardiaque significative, ATCD de STEMI, récent pontage aortocoronarien : nov. 2017), actuellement sous Plavix, admission pour hématurie. K+ = 5,5 à l'urgence. Endoscopie des voies digestives hautes prévue. Le patient présentait également un QTc long. Poursuite du Tx par Plavix.

4. Nom du patient : Williams, Susan

Renseignements sur le patient :

Femme de 78 ans admise pour une pneumonie.

21 janvier : Patiente admise pour une pneumonie, puis transférée à l'USI pour cause de choc septique et l'administration de vasopresseurs. IRA grave.

22 janvier : Patiente en hypoxie grave; a été intubée.

24 janvier : Sevrage de la ventilation et des vasopresseurs. Apparition d'un pneumothorax et mise en place d'un drain thoracique.

25 janvier : Aggravation de l'IRA. Consultation en néphrologie pour commencer une dialyse. Mise en place d'un cathéter de dialyse.

26 janvier : Début de la dialyse, poursuite du sevrage de la vent.

28 janvier : Échec de l'extubation, nécessité de réintuber la patiente.

30 janvier : Rencontre avec la famille de la patiente pour discuter des objectifs de soins.

3 février : Extubation réussite. Poursuite de la dialyse.

4 février : Transfert de la patiente de l'USI à l'équipe A de médecine.

6 février : Nouvel épisode de FA rapide, résolution spontanée, consultation en cardiologie. Troponines légèrement élevées. Patiente mise sous métoprolol.

10 février : Rencontre avec la famille pour discuter de l'orientation de la patiente et des objectifs de soins.

14 février : Patiente fébrile. Infection des voies urinaires? Envoi d'échantillons pour les cultures, patiente mise sous ceftriaxone.

16 février : Patiente dans l'attente d'un placement en réadaptation de longue durée.

5. **Nom du patient** : Greenberg, Michael

Renseignements sur le patient : Patient admis pour un NSTEMI. État stable. Suivi en cardiologie et en chirurgie cardiaque. Angiographie effectuée. Intervention peut-être la semaine prochaine? Nouvel épisode de douleurs thoraciques hier soir.

Fiche de transfert des soins n.6.2

1. **Nom du patient** : Zhang, Emily

Date de l'admission : 2018-08-02

Niveau de soins : Pas de RCR ni de vent. Mécanique

Renseignements sur le patient :

I – État stable

P – Femme de 88 ans hospitalisée en raison d'un déclin fonctionnel et cognitif

ATCD méd. : HTA, RGO, AVC (2013), arthrose.

Tableau clinique : Chute survenue à domicile. Aucun signe de fracture.

Aucun signe évocateur d'une cause cardiaque/neurologique. Patiente incapable d'exécuter les AVQ à la maison.

Évaluation/plan :

1) Chute : Suivi en ergothérapie/physiothérapie, protocole de prévention des chutes en place.

2) Demande de placement en centre de soins de longue durée : Section réservée au médecin dûment remplie, en attente de la réponse du centre.

A – Rencontre avec la famille prévue le 2018-02-18 à 14 h. Patiente dans l'attente d'un placement dans un centre de soins de longue durée.

S – S.O.

S – Synthèse/questions

2. **Nom du patient** : Wilson, Larry

Date de l'admission : 2018-02-15

Niveau de soins : Niveau de soins maximal

Renseignements sur le patient :

I – État stable

P – Homme de 64 ans; exacerbation aiguë de la MPOC. Son état s'est stabilisé.

ATCD méd. : MPOC modérée, DM2, MVP, HTA, dyslipid., obésité.

Tableau clinique : Dyspnée et toux productive depuis 5 jours au moment de l'admission.

Augmentation du travail respiratoire à l'urgence, SpO₂ de 84 % (air ambiant), patient non fébrile.

Hyperinflation mise en évidence par la RXP. Envoi d'échantillons pour la culture des expectorations.

Évaluation/plan :

1) Exacerbation de la MPOC : Correction de l'hypoxémie, sevrage du patient qui est passé à 2L d'O₂ par canules nasales; réponse thérapeutique satisfaisante. Prednisone × 5 jours, azithromycine (antibiothérapie complète), O₂ au besoin. Physiothérapie respiratoire.

A – 1) Faire le suivi en ce qui concerne les cultures d'expectorations.

2) Répéter la RXP 2 jours après l'admission.

3) Prendre des dispositions pour un suivi en pneumologie à titre de patient externe.

S – Si l'état du patient s'aggrave, envisager la ventilation en mode BiPAP et faire appel à l'USI.
Niveau de soins maximal.

S – Synthèse/questions

3. **Nom du patient** : Ahmed, Ali

Date de l'admission : 2018-02-16

Niveau de soins : Niveau de soins maximal

Renseignements sur le patient :

I – État stable

P – Homme de 68 ans sous antiplaquettaire présentant une hémorragie digestive haute

ATCD méd. : STEMI, pontage aortocoronarien récent (AMIG sur IVA et angioplastie + stent en nov. 2017), sous AAS + Plavix.

Tableau clinique : Hématémèse d'apparition soudaine et présyncope.

Hb initiale = 95.

Évaluation/plan :

1) Saignement GI : État stable – Hb stable à 90. Poursuite du Tx par Plavix après l'admission. Mise sous pantoprazole i.v. Consultation en gastro-entérologie. Endoscopie des voies digestives hautes prévue demain.

A – 1) Endoscopie : Concertation avec l'équipe de gastro-entérologie concernant les résultats de l'endoscopie. Vérifier que le patient est NPO pour l'endoscopie.

2) Anémie : Répéter la FSC le matin.

3) Plavix : Demander aux équipes de gastro-entérologie et de cardiologie leur avis sur l'innocuité de la reprise du Tx par Plavix.

4) Allongement de QT : Demander un ECG le matin, vérifier la liste de médicaments pour s'assurer que tous les traitements susceptibles d'allonger l'intervalle QT ont été interrompus.

S – En cas de saignement récurrent, répéter la FSC et aviser l'équipe de gastro-entérologie. Transfusion de CGR en cas d'Hb < 80 attribuable à la maladie coronarienne.

S – Synthèse/questions

4. **Nom du patient** : William, Susan

Date de l'admission : 2018-01-21

Niveau de soins : Niveau de soins maximal

Renseignements sur le patient :

I – État stable

P – Femme de 78 ans admise initialement en raison d'une pneumonie et d'un choc septique. Son état s'est stabilisé et elle est dans l'attente d'un placement en centre de réadaptation.

ATCD méd. : HTA, DM2, ostéoporose.

Évolution durant l'hospitalisation : Séjour prolongé à l'USI compliqué par une IRA ayant nécessité une dialyse; la patiente n'est plus en état de choc grave; apparition d'un pneumothorax et sevrage progressif de la ventilation mécanique. Extubation réussie et transfert vers une unité de soins. Rétablissement de la fonction rénale. Correction du pneumothorax et retrait du drain thoracique. Faiblesse, déconditionnement et délirium persistants.

Évaluation/plan :

- 1) Délirium : Surveillance permanente, protocole de prévention des chutes, Haldol PRN
- 2) Faiblesse : Physiothérapie et ergothérapie tous les jours
- 3) Orientation : Dans l'attente d'un placement en centre de soins de longue durée ou en réadaptation. Rencontre avec la famille prévue le 18 février pour discuter des objectifs de soins.
- 4) Numération leucocytaire : Élevée hier (jusqu'à 13 000). Pas de fièvre. Hémoculture/uroculture prévues.

A – 1) Rencontre avec la famille : discussion sur le placement.

2) Faire un suivi de la patiente en vue de déceler tout signe/symptôme d'infection.

S – En cas de récurrence de la sepsie, envisager de répéter les cultures et la RXP et commencer une antibiothérapie empirique.

S – *Synthèse/questions*

5. **Nom du patient** : Greenberg, Michael

Date de l'admission : 2018-01-14

Niveau de soins : Niveau de soins maximal

Renseignements sur le patient :

I – État stable

P – Homme de 65 ans

ATCD méd. : IM récent

Tableau clinique : Douleur thoracique et taux de troponine élevé lors de l'admission.

Administration d'AAS + Plavix. Maladie coronarienne étendue mise en évidence par l'angiographie, ne se prêtant pas à une ICP.

Évaluation/plan :

Maladie coronarienne : Stable, dans l'attente de l'avis du chirurgien cardiaque concernant le pontage aortocoronarien. Patient mis sous bêtabloquant, statine et AAS.

A – 1) Interrompre le Tx par Plavix en prévision d'une éventuelle chirurgie.

2) Faire un suivi par écho 2D.

S – En cas de récurrence des douleurs thoraciques, envisager une perfusion ou un timbre de nitroglycérine.

S – *Synthèse/questions*

Cas no 1 (2e option) – Transfert effectué à la fin d'un stage

- Spécialités :** médecine interne générale, pédiatrie (ou toute autre spécialité disposant d'unités d'enseignement clinique en milieu hospitalier)
- Milieu :** unité de soins hospitaliers, unité d'enseignement clinique
- Problèmes :** transfert des soins non structuré, concomitance de nombreux problèmes de santé actifs, transfert des soins effectué à la fin d'un stage

But :

Cette variante du cas no 1 indique comment il est possible d'utiliser les mêmes fiches de transfert des soins dans le cas d'un transfert des soins à la fin d'un stage.

Elle fait ressortir par ailleurs les principales différences qui existent entre les transferts effectués à la fin d'un quart de travail et ceux effectués à la fin d'un stage, notamment le fait que le transfert, et plus particulièrement le résumé des renseignements sur le patient, dure plus longtemps à la fin d'un stage, et la nécessité de rédiger une fiche de transfert des soins plus détaillée dans ce cas.

Ressource:

Fiches de transfert des soins nos 6.1 et 6.2 du cas no 1

Consignes pour le jeu de rôles :

Demandez à deux résidents d'interpréter le même scénario de jeu de rôles que dans le cas no 1, en utilisant les mêmes fiches de transfert des soins (une fiche structurée et une fiche non structurée), si ce n'est qu'en l'occurrence le résident qui transfère les soins est à la fin de son stage et remet la liste des patients à un résident qui prend le relais.

Étant donné que les transferts de soins qui ont lieu à la fin d'un stage sont généralement plus longs que les autres, l'animateur peut interrompre les résidents après le transfert de deux ou trois patients et passer à la discussion en petit groupe.

Rôles :

Le résident no 1 transfère les soins et le résident no 2 prend le relais.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

- En quoi ce transfert des soins qui est effectué à la fin d'un stage diffère-t-il d'un transfert des soins effectué après la fin d'un quart de travail?
- Citez quelques facteurs susceptibles de compromettre l'efficacité des transferts de soins effectués en fin de stage. En quoi se distinguent-ils des facteurs qui compliquent les transferts de soins effectués à la fin d'un quart de travail?
- Quelles sont vos attentes à l'égard des transferts de soins effectués en fin d'un stage? Est-ce que vous vous présentez un jour ou une fin de semaine avant le début de votre stage pour commencer à faire la tournée des patients avec l'équipe précédente? (À vrai dire, êtes-vous en

mesure de le faire?) Est-ce que vous vous documentez sur les patients en prévision de votre stage?

- Quel est le contexte idéal pour effectuer ce type de transfert des soins?
- De quelle façon les enseignants peuvent-ils contribuer à améliorer les transferts de soins effectués en fin de stage? What is the optimal setting in which to perform this type of handover?

Cas no 2 – Transfert des soins au sein d'une équipe chirurgicale durant la fin de semaine

Spécialité :	chirurgie générale, chirurgie orthopédique
Milieu :	unité de soins, service des urgences, salle d'opération
Problèmes :	structure/milieu du transfert des soins, interruptions fréquentes, transfert des soins effectué durant la fin de semaine

But :

Cet exemple de cas porte sur un transfert des soins effectué entre résidents à la fin d'une garde durant la fin de semaine (du vendredi soir au samedi matin).

Cet exercice met en évidence les difficultés inhérentes aux transferts de soins effectués durant la fin de semaine, qui sont plus longs parce qu'il s'agit non seulement de transférer les soins quotidiens prodigués aux patients, mais aussi d'informer le résident qui prend le relais des problèmes dont il doit être conscient pendant sa garde.

Il illustre également un problème qui survient fréquemment lors des transferts de soins, à savoir la multiplication des interruptions et des sources de distraction, puisqu'en l'occurrence le transfert s'effectue entre des résidents en chirurgie, qui sont souvent tiraillés entre diverses unités (p. ex., ils sont sollicités par téléavertisseur [Pagette] par l'équipe en salle d'opération, le service des urgences et l'unité de soins).

Enfin, cet exercice démontre la nécessité de rédiger une feuille de transfert des soins détaillée, qui viendra compléter le transfert des soins verbal, et de la tenir à jour. En particulier, l'utilisation d'une fiche de transfert qui comprend une liste de vérification structurée permettra aux résidents de s'assurer que les évaluations quotidiennes ont toutes été effectuées (en l'occurrence, dans le cas des résidents en chirurgie, il s'agit d'évaluer entre autres la stabilité de l'état hémodynamique et tout problème relatif aux stomies, aux drains et aux soins des plaies).

Ressource :

Fiche de transfert des soins no 6.3 : fiche de transfert des soins structurée suivant le modèle de l'outil de communication SBAR

Consignes pour le jeu de rôles :

Ce scénario a lieu un matin suivant une garde. Le résident junior qui était de garde durant la nuit transfère les soins au résident junior et au résident senior qui prennent le relais au poste infirmier de l'unité de soins.

Les participants au transfert des soins seront interrompus à maintes reprises par d'autres résidents qui joueront les rôles qui leur auront été attribués (voir la liste ci-dessous).

Les résidents se serviront de la fiche de transfert des soins no 6.3 pour effectuer le transfert des soins prodigués à 5 patients en chirurgie.

Rôles :

Résident qui transfère les soins : résident qui était de garde la veille durant la nuit; il est distrait par diverses interruptions.

- Résidents à qui les soins sont transférés : résident junior et résident senior qui prennent le relais
- Professionnels qui interrompent le transfert des soins : autres professionnels de la santé qui interviennent durant le transfert des soins (le nombre d'interruptions dépendra du nombre de participants à la séance de formation); il peut s'agir par exemple :
 - d'une infirmière qui s'avance vers les résidents pour leur poser une question à propos d'un patient qui doit recevoir une ordonnance en prévision de son congé;
 - d'une infirmière qui s'avance pour informer les résidents que les signes vitaux d'un patient ont légèrement changé, mais qu'il ne nécessite pas pour autant une intervention immédiate (p. ex. diminution de la saturation en oxygène, qui est passée de 94 à 91 %, et nécessité d'administrer au patient L d'oxygène au moyen de canules nasales pour maintenir une saturation en oxygène supérieure à 92 %);
 - d'un urgentologue qui demande une nouvelle consultation au service des urgences par téléavertisseur (demandez à l'un des participants au transfert des soins de faire semblant de répondre à l'appel et de passer un certain temps à faire sa consultation, avant de lui permettre de revenir au transfert des soins);
 - de quelqu'un en salle d'opération qui demande à un résident de venir aider son équipe à refermer un abdomen rapidement.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

Combien de fois êtes-vous interrompu lors des transferts de soins?

Avec quels types d'interruptions devez-vous composer?

En général, combien de temps dure un transfert des soins adéquat?

Quelles mesures pouvez-vous prendre pour prévenir les interruptions?

- Apposer un signe sur la porte.
- Utiliser la localisation d'appel et n'autoriser que le transfert des appels urgents par téléavertisseur pendant une période déterminée (option qui n'est envisageable que dans certains hôpitaux).
- Demander à l'infirmière responsable de l'unité de soins de ne transférer aucun appel non urgent durant le transfert des soins en lui précisant le moment choisi pour effectuer celui-ci.
- Créer une liste de tâches à exécuter pour les problèmes non urgents qui peuvent survenir au sein de l'unité de soins.
- Au début de toute interruption, demander à son interlocuteur s'il s'agit d'un problème urgent ou non, et dans la négative, lui demander d'attendre la fin du transfert des soins.
- Dans certains cas, il est possible de demander à un résident de se charger des interruptions qui perturbent le transfert des soins (résident de l'unité qui porte le téléavertisseur).

Et s'il était absolument nécessaire d'interrompre le transfert des soins en cours? Quelles circonstances justifieraient une telle interruption? En quoi consisterait un plan d'action raisonnable pour l'équipe qui transfère les soins et celle qui prend le relais?

Vous arrive-t-il d'effectuer deux transferts de soins parallèlement (un transfert entre résidents juniors, d'une part, et un transfert entre résidents seniors, d'autre part)? En quoi une telle façon de faire serait-elle problématique?

En quoi les transferts de soins effectués la fin de semaine diffèrent-ils de ceux effectués en semaine? Quels problèmes faut-il souligner en priorité dans chaque cas?

L'acronyme SBAR qui est utilisé sur la fiche de transfert est-il approprié dans le cas des transferts de soins? Comment se compare-t-il à un autre acronyme conçu précisément pour les transferts de soins (comme l'acronyme I-PASS)?

Fiche de transfert des soins n.6.3

- Situation:** David Cunningham
Homme de 76 ans, PO#3 d'une laparotomie, d'une résection intestinale et de la confection d'une entérostomie, Niveau de soins maximal.
Renseignements de base: Obstruction et perforation de l'intestin grêle lors de l'admission ATCD méd. : diabète, HTA, maladie coronarienne, IM × 2 (pontage aortocoronarien il y a 3 ans), ICC
Évaluation: État stable. Volume de liquide drainé par le drain de Jackson-Pratt : minime. A commencé la diète à base de liquides clairs aujourd'hui.
Recommandation: Encourager le lever et l'ingestion per os. Si la douleur abdominale s'intensifie, examiner le patient et envisager de répéter les examens d'imagerie.
- Situation:** April Young
Femme de 23 ans, PO#0 d'une appendicectomie laparoscopique. Niveau de soins maximal.
Renseignements de base: Appendicite non perforée lors de l'admission
Allergies : aucune allergie médicamenteuse connue
ATCD méd. : aucun
Évaluation: État stable
Recommandation: Mesurer à nouveau la température et réévaluer l'état hémodynamique. En cas de fièvre, envisager une spirométrie incitative. Poursuivre l'antibiothérapie.
- Situation:** Curtis Mega
Homme de 62 ans, PO#10 d'une chirurgie non urgente pour un cancer de la tête et du cou (laryngectomie et curage ganglionnaire cervical). Niveau de soins maximal.
Renseignements de base: Intervention initiale sans incident. Le patient a contracté une colite à C. diff. et développé un mégacôlon toxique. Il est désormais en PO#2 d'une colectomie totale associée à une entérostomie de protection.
ATCD méd. : cancer de la tête et du cou, MPOC, tabagisme, alcoolisme, maladie hépatique chronique, maladie coronarienne, ICC.
Évaluation: État instable. Sonde de Foley / drains : absence de miction × 2, sonde de Foley à demeure, 1 drain cervical (pris en charge par l'équipe de chirurgie cervico-faciale), 1 entérostomie,

1 trachéostomie (intubation impossible). Liquides : 5L – positif, nécessité de poursuivre les bolus liquidiens intermittents pour maintenir la TA. Observation d'autres clochers thermiques après la colectomie.

Recommandation: Si la TA demeure faible, envisager une consultation auprès de l'USI et un transfert vers cette unité afin de prévenir une surcharge liquidienne, puisqu'il peut être nécessaire d'administrer des vasopresseurs au patient.

4. **Situation:** Amy Loweb

Femme de 84 ans, PO#2 d'une hémicolectomie droite par laparotomie et d'une anastomose primaire. NPR.

Renseignements de base: Péritonite, perforation des viscères consécutive à une ischémie intestinale. ATCD méd. : MPOC, HTA, dyslipidémie, DM2, maladie coronarienne, IM × 3 (pose des dernières endoprothèses 2 ans auparavant), ICC, insuffisance rénale.

Évaluation: Absence de fièvre, mais persistance de la douleur abdominale légèrement incompatible avec les résultats de l'examen physique (aucun signe de péritonite)

Sonde de Foley / drains : pas de sonde de Foley, aucun drain, 1 entérostomie, 1 drain abdominal

Recommandation: Envisager une fuite anastomotique en cas d'augmentation de la numération leucocytaire, de fièvre ou de changement dans les symptômes. Répéter les examens d'imagerie et discuter avec le patron dans ce contexte.

5. **Situation:** Fatima Hassan

Femme de 48 ans, PO#1 d'une thyroïdectomie totale et d'un curage ganglionnaire central
Niveau de soins maximal

Renseignements de base: Carcinome papillaire de la thyroïde

Allergies : aucune allergie médicamenteuse connue

ATCD méd. : aucun

Évaluation: PTH postop. = 1,8. Tendence du calcium ionisé corrigé en fonction du pH : 1,38, 1,33, 1,25. Signes vitaux : absence de fièvre, signes vitaux stables. Sonde de Foley / drains : pas de sonde de Foley, 1 drain cervical.

Recommandation: Si la patiente se plaint d'un engourdissement ou de picotements dans la région péri-orale ou au bout des doigts, envisager un diagnostic d'hypocalcémie et l'administration de calcium par voie orale ou i.v.

Cas no 3 – Transfert des soins prodigués à un patient polytraumatisé

Spécialité :	traumatologie, chirurgie vasculaire, orthopédie, anesthésie, soins intensifs
Milieu :	salle de réveil, unité de soins intermédiaires
Problèmes :	concomitance de nombreux problèmes de santé actifs, équipes multidisciplinaires

But :

Cet exemple de cas met de l'avant les difficultés inhérentes au transfert des soins prodigués à un patient qui a des besoins médicaux complexes et dont l'état clinique ne cesse d'évoluer, lorsqu'il passe d'un milieu hospitalier à l'autre (p. ex., salle de traumatologie du service des urgences, salle d'opération, unité de soins intensifs).

Il porte plus précisément sur le transfert des soins effectué lors de la transition entre la salle d'opération et l'unité de soins intensifs et auquel participent divers professionnels de la santé, ce qui complexifie le processus.

Ressources :

Brèves descriptions pour le jeu de rôles

Outil de transfert des soins de la salle d'opération à l'unité de soins intensifs (tableau 6.2)

Consignes pour le jeu de rôles :

Le scénario prévoit qu'après une longue chirurgie traumatologique (5 à 10 heures), le patient est conduit de la salle d'opération à l'unité de soins intensifs. De nombreux services chirurgicaux (p. ex., traumatologie, chirurgie vasculaire, orthopédie) ont été mobilisés.

Remettez l'outil de transfert des soins de la salle d'opération à l'unité de soins intensifs (tableau 6.2) à tous les stagiaires qui participent à la séance de formation et demandez-leur de consulter les étapes postopératoires.

Demandez à 6 stagiaires de se prêter au jeu de rôles :

- Chacun d'entre eux choisit un rôle (résident en traumatologie, résident en chirurgie vasculaire, résident en orthopédie, résident en anesthésie, moniteur en soins intensifs, infirmière).
- Les **trois résidents en chirurgie** (traumatologie, chirurgie vasculaire et orthopédie) présenteront le patient au **moniteur en soins intensifs** et à **l'infirmière** en leur précisant les renseignements préopératoires, intraopératoires et postopératoires pertinents (voir les brèves descriptions pour le jeu de rôles ci-dessous). Ils leur laisseront la possibilité de poser des questions et d'examiner le patient. Idéalement, les résidents en chirurgie doivent faire état de la nécessité d'examiner le champ opératoire dans le contexte postopératoire, indiquer aux autres membres de l'équipe à quoi s'attendre, ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, et les circonstances dans lesquelles ils devraient communiquer avec l'équipe chirurgicale (plan d'urgence).

- Un transfert des soins similaire aura lieu entre le **résident en anesthésie et le moniteur en soins intensifs et l'infirmière**. Idéalement, le résident en anesthésie devrait mentionner les cathéters installés, l'équilibre hydrique, l'administration et la posologie des médicaments. Il devra appliquer une méthode structurée (liste de vérification) afin de n'omettre aucun renseignement important. Plus particulièrement, il devra veiller en priorité à laisser des prescriptions selon lesquelles il faut aviser le médecin dans certaines circonstances, en l'occurrence lorsque certains paramètres atteignent un seuil prédéfini (p. ex., en cas de TAS < 90, appeler l'intensiviste).

Outil de transfert des soins de la salle d'opération à l'USI

SOINS PRÉOPÉRATOIRES

- Présentation de l'équipe
- Données d'identification du patient
- ATCD méd.
- Tableau clinique initial

SOINS INTRAOPÉRATOIRES

- Interventions (chacun des chirurgiens)
- Perméabilité des voies respiratoires / cathéters (anesthésiologiste)
- Événements/complications (chirurgiens et anesthésiologistes)
- Réanimation (anesthésiologiste)

SOINS POSTOPÉRATOIRES

- Problèmes actifs
- Directives chirurgicales
- Analgésie
- Plan d'urgence

Rôles :

Résident en traumatologie qui transfère les soins

Résident en chirurgie vasculaire qui transfère les soins

Résident en orthopédie qui transfère les soins

Résident en anesthésie qui transfère les soins

Moniteur en soins intensifs à qui les soins sont transférés

Infirmière en soins intensifs à qui les soins sont transférés

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

Pourquoi les transferts de soins qui s'effectuent entre deux équipes multidisciplinaires sont-ils plus compliqués?

Comment se fait-il que le nombre d'erreurs commises augmente avec la complexité du transfert des soins?

En quoi les transferts de soins effectués à l'USI varient-ils d'un hôpital à l'autre?

Qui est le professionnel de la santé compétent pour prendre la responsabilité des soins lors du transfert?

Pourquoi est-ce important d'examiner le patient une dernière fois à l'USI?

Quels plans d'urgence un résident exerçant votre spécialité doit-il présenter à l'équipe de l'USI durant le transfert des soins (p. ex., chirurgie : incisions et drains)?

Il ne s'agit là que d'un seul exemple d'outil de transfert des soins. Quels autres outils de transfert des soins utilise-t-on au sein de votre hôpital d'après ce que vous avez constaté? Qu'est-ce qui caractérise un bon outil de transfert des soins?

Vous pouvez également discuter de la nécessité pour l'équipe chirurgicale de rédiger des notes et des ordonnances postopératoires détaillées. Ces notes ou ces ordonnances doivent comprendre ou faire ressortir les principaux éléments d'information qui sont transmis à l'équipe qui prend le relais lors du transfert des soins. Les résidents peuvent s'exercer à rédiger ces notes et commenter leurs notes respectives.

Brèves descriptions pour le jeu de rôles :

Remettez cette page à tous les résidents participant au jeu de rôles, mais pas au reste du groupe.

Brève description destinée au résident en traumatologie : Piéton de 21 ans, de sexe masculin, frappé par une camionnette, qui était en bonne santé avant l'accident. Était hypotendu à son arrivée au service des urgences. A été intubé et réanimé au service des urgences. L'examen de TDM a révélé une lésion du pelvis et une extravasation dans la région pelvienne, une déchirure traumatique de l'aorte, des lacérations du foie et de la rate et une fracture du radius gauche. Aucun signe évocateur de lésions à la tête ou d'autres lésions thoraco-abdominales n'a été décelé. Le patient a subi une embolisation pelvienne visant à juguler le saignement actif, puis a été transféré en salle d'opération pour y subir des réparations chirurgicales. Un protocole de transfusion massive a été activé en raison du saignement actif et de la réanimation.

Brève description destinée au résident en chirurgie vasculaire : Le patient a subi un pseudoanévrisme aortique de grade 3. Une réparation endovasculaire de l'aorte thoracique a été pratiquée par voie fémorale droite. L'hémostase du champ opératoire est satisfaisante. Il n'y a eu aucune complication.

Brève description destinée au résident en chirurgie générale : Une laparotomie d'urgence a été réalisée après la réparation endovasculaire de l'aorte thoracique compte tenu du saignement actif et des signes de lacération du foie et de la rate.

Brève description destinée au résident en orthopédie : La fracture du radius a été stabilisée au moyen d'une attelle. Le patient devra subir ultérieurement une réduction ouverte avec fixation interne, dès lors que son état sera plus stable.

Brève description destinée au résident en anesthésiologie : Le patient a été intubé sans aucune difficulté. La ventilation mécanique est devenue plus difficile durant l'intervention chirurgicale. L'accès i.v. a été assuré par la mise en place d'un cathéter central dans la subclavière. Un cathéter artériel a été mis en place dans l'artère radiale droite en vue de la surveillance de la TA. Le patient a dû recevoir une transfusion massive. Il présente une acidose lactique et une coagulopathie. Il est encore hypothermique.

Cas no 4 – Transfert des soins de l'unité de soins intensifs à une autre unité de soins

Spécialité :	soins intensifs, médecine interne générale, pédiatrie et chirurgie
Milieu :	transfert des soins de l'unité de soins intensifs à une unité de soins
Problèmes :	transfert des soins non structuré, besoins complexes / problèmes de santé actifs multiples, équipes multidisciplinaires

But :

Cet exemple de cas consiste à reproduire le transfert des soins prodigués à des patients ayant des besoins complexes de l'USI à une autre unité de soins.

Il a pour but d'aider les apprenants à mesurer à quel point le transfert des soins prodigués à des patients ayant des problèmes médicaux actifs et persistants particulièrement aigus et complexes entre l'équipe de l'unité de soins intensifs coronariens et l'équipe de l'unité de soins.

Ressources :

Brèves descriptions pour le jeu de rôles

Fiche de transfert des soins no 6.4 : fiche de transfert des soins contenant un minimum d'information

Fiche de transfert des soins no 6.5 : fiche de transfert des soins structurée suivant le modèle SIGNOUT

Consignes pour le jeu de rôles :

Selon ce scénario, deux patients (un patient en chirurgie et un patient recevant des soins médicaux) sont transférés de l'USI à une unité de soins.

Ce scénario doit être simulé deux fois. La première fois (partie A), le résident de l'équipe qui prend le relais reçoit un minimum d'information lors du transfert des soins prodigués aux patients de l'USI. La seconde fois (partie B), le résident de l'équipe qui prend le relais reçoit des éléments d'information structurés lors du transfert des soins prodigués aux patients de l'USI.

Demandez à deux résidents de simuler le transfert des soins lors de la partie A et à une autre paire de résidents de faire de même lors de la partie B.

Demandez en outre à un autre résident de jouer le rôle de l'infirmière lors des deux parties.

Partie A :

- Demandez aux deux résidents qui simuleront le transfert des soins lors de la partie B de quitter la pièce, afin qu'ils ne soient pas influencés par la partie A.
- Étant donné que le résident de l'équipe qui prend le relais (celle de l'unité de soins) ne connaît pas bien les patients, il a besoin d'un transfert des soins détaillé. Mais, le résident de l'USI est pris par les codes d'urgence auxquels il doit répondre et n'est pas en mesure d'effectuer le transfert en

personne. Il appelle le résident de l'unité de soins après la transition des patients pour effectuer un transfert des soins verbal superficiel.

- Durant ce jeu de rôles, l'infirmière appelle le résident de l'équipe qui prend le relais à propos des deux patients. Elle s'attend à ce qu'il prenne des décisions quant aux soins à prodiguer à ces patients; or il n'a pas bénéficié d'un transfert des soins optimal.

Partie B :

- Demandez aux deux résidents qui avaient quitté la pièce de rentrer et de simuler la deuxième version du scénario décrite ci-dessous.
- Le résident de l'USI doit effectuer un transfert des soins plus détaillé pour le résident de l'équipe qui prend le relais (celle de l'unité de soins) en utilisant la fiche de transfert des soins structurée (fiche no 6.5).
- Là encore, le résident de l'équipe qui prend le relais a besoin d'un transfert détaillé, puisqu'il ne connaît pas bien les patients. Mais, cette fois, le résident de l'USI procède à un transfert des soins structuré et complet avant la transition des patients de l'USI à l'unité de soins, et le résident de l'équipe qui prend le relais rédige la note d'admission et prend en note les directives du transfert.
- Lorsque l'infirmière appelle le résident de l'équipe qui prend le relais à propos des deux patients, elle s'attend à ce que ce dernier prenne des décisions quant aux soins à leur prodiguer après avoir pris part à un transfert des soins structuré et complet.

Rôles :

Résident de l'USI qui transfère les soins lors de la partie A

Résident de l'équipe qui prend le relais lors de la partie A

Infirmière de l'unité de soins qui demande de l'aide au résident de l'équipe qui prend le relais (c'est la même personne qui endossera ce rôle lors des parties A et B)

Résident de l'USI qui transfère les soins lors de la partie B (il est possible de demander à un seul résident de jouer ce rôle lors des parties A et B)

Résident de l'équipe qui prend le relais lors de la partie B

Brèves descriptions pour le jeu de rôles :

Ne remettez à chaque résident que la description qui correspond au rôle qu'il s'apprête à jouer. Vous pouvez imprimer une description par page afin de distribuer les descriptions plus facilement aux participants concernés.

Brève description destinée au résident de l'USI (partie A) : Vous jouez le rôle d'un résident de l'USI qui est de garde et qui vient tout juste de transférer deux patients à une autre unité. Effectuez un transfert des soins verbal très superficiel en vous servant des renseignements fournis sur la fiche de transfert des soins no 6.4.

Brève description destinée au résident de l'USI (partie B) : Vous jouez le rôle d'un résident de l'USI qui est de garde et qui vient tout juste de transférer deux patients à une autre unité. Effectuez un transfert des

soins verbal complet et structuré en vous servant des renseignements fournis sur la fiche de transfert des soins no 6.5.

Brève description destinée au résident de l'équipe qui prend le relais (partie A) : Vous jouez le rôle d'un résident de l'unité de soins qui est de garde et qui vient d'accueillir deux patients transférés par l'USI. Le résident de l'USI vous a fourni un minimum d'information lors du transfert des soins. L'infirmière vous appelle sur votre téléavertisseur pour vous demander comment prendre en charge les nouveaux problèmes qui se posent chez ces deux patients. Vous ne disposez que des éléments d'information qui vous ont été fournis lors du transfert des soins; cela dit, vous pouvez poser des questions à l'infirmière pour clarifier la situation s'il y a lieu.

Brève description destinée au résident de l'équipe qui prend le relais (partie B) : Vous jouez le rôle d'un résident de l'unité de soins qui est de garde et qui vient d'accueillir deux patients transféré par l'USI. Le résident de l'USI vous fournit des éléments d'information complets et structurés lors du transfert des soins. L'infirmière vous appelle sur votre téléavertisseur pour vous demander comment prendre en charge les nouveaux problèmes qui se posent chez ces deux patients. Vous ne disposez que des éléments d'information qui vous ont été fournis lors du transfert des soins; cela dit, vous pouvez poser des questions à l'infirmière pour clarifier la situation s'il y a lieu.

Brève description destinée à l'infirmière de l'unité de soins : Vous jouez le rôle de l'infirmière chargée de surveiller les deux patients qui viennent d'être transférés de l'USI à votre unité de soins. Des problèmes aigus surviennent dans les deux cas, et vous avez besoin de demander son avis au résident de garde. Vous l'appellez sur son téléavertisseur pour lui signaler les problèmes décrits ci-dessous et lui demander son avis sur la conduite à tenir dans chaque cas. Le résident vous dit ne pas avoir reçu suffisamment d'information sur les patients, mais vous insistez pour qu'il prenne une décision.

1. Vous craignez que la tension artérielle de la patiente no 1 (183/97) ne soit trop élevée. Cette patiente est asymptomatique (vous ne devrez fournir cet élément d'information au résident que s'il vous pose la question). Vous aimeriez reprendre son traitement par le métoprolol (50 mg 2 f.p.j. PO), qui a été interrompu pour l'instant. Insistez pour obtenir une réponse de la part du résident et pour administrer le médicament à la patiente même s'il n'a tout simplement pas assez d'information à sa disposition pour prendre une décision éclairée.
2. Le patient no 2 se plaint maintenant de douleurs abdominales, et le liquide évacué par le drain est désormais sanguinolent. Vous aimeriez que le résident demande un examen de TDM pour ce patient. Vous lui demandez également d'administrer une dose unique de labétalol et de morphine au patient pour corriger sa tachycardie et calmer la douleur. Vous ne pouvez pas répondre aux questions qu'il vous pose en vue de reconstituer tous les antécédents médicaux du patient et vous commencez à lire des extraits de vos notes (antécédents de maladie coronarienne, d'HTA, de dyslipidémie et de fibrillation auriculaire). Les commentaires que vous faites sur vos notes devraient servir à déconcerter encore plus le résident quant à la prise en charge qui conviendrait dans ce cas.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

Après la partie A :

Avant de passer à la partie B, animez une brève discussion sur le scénario interprété et sur les difficultés rencontrées par le résident de l'équipe qui a pris le relais pour répondre aux questions de l'infirmière de manière satisfaisante.

Entamez une discussion avec les résidents sur les stratégies qui auraient permis de prévenir les difficultés rencontrées par le résident de l'équipe qui a pris le relais (p. ex., une discussion sur le transfert des soins aurait pu avoir eu lieu la veille, étant donné que celui-ci était probablement prévu le matin; une revue de l'état des patients aurait pu être effectuée au chevet de ceux-ci; les transferts auraient pu être reportés de façon à laisser aux deux équipes le temps d'évaluer et d'examiner les patients).

Après la partie B :

Quelle était la principale différence entre les deux scénarios?

Comment répondriez-vous à des appels sur votre téléavertisseur à propos d'un patient pour lequel il n'y a pas eu de transfert des soins approprié?

Pouvez-vous répondre de manière satisfaisante à des appels comme celui-ci si vous n'avez pas vu le patient, et ce, même si le transfert des soins prodigués à ce patient était optimal?

Quelles sont les limites du transfert des soins?

Quelle est la meilleure stratégie ou la stratégie idéale pour effectuer un transfert des soins de l'USI à une autre unité de soins? Comment s'y prendre?

Fiche de transfert des soins no 6.4

Patiente no 1 : Femme de 63 ans hospitalisée il y a 2 jours, qui vient d'être transférée de l'USI à l'unité de soins. Elle a été admise pour une exacerbation de sa MPOC. ATCD méd. : MPOC, tabagisme, maladie coronarienne, HTA

Patient no 2 : Homme de 73 ans hospitalisé il y a 4 jours pour une opération de Whipple compliquée par une fuite anastomotique ayant nécessité une réintervention, qui vient d'être transféré de l'USI à l'unité de soins. ATCD méd. : cancer du pancréas, HTA, dyslipidémie, syndrome du canal carpien

Fiche de transfert des soins n 6.5

NOM DU PATIENT : SHARON HENDERSON

Renseignements sur le patient

S: **Sick (malade)**

- Malade, niveau de soins maximal

I: **Identifying data (données d'identification)**

- Femme de 63 ans aux prises avec une exacerbation de sa MPOC

G: **General hospital course (évolution générale de l'état du patient durant son hospitalisation)**

- Patiente admise il y a 2 jours pour une intensification de sa toux et une hypoxémie. Lors de son admission, la patiente a été mise sous antibiotiques, sous bronchodilatateurs et sous ventilation en mode BiPAP. Elle a bien répondu à ce traitement, est apyrétique depuis 24 heures et a été sevrée de la ventilation en mode BiPAP. ATCD méd. : MPOC, HTA, dyslipidémie, maladie coronarienne

N: **New events of day (nouveaux événements survenus pendant la journée)**

- Sevrage de la ventilation en mode CPAP réussi et transfert dans une unité de soins

O: Overall current status (état de santé général / état clinique)

- Oxygénothérapie à l'aide d'un masque sans ré-inspiration avec une FiO₂ de 50 % en vue de maintenir une saturation en oxygène supérieure à 88 %

U: Upcoming possibilities with plans (éventualités à envisager et plan d'action)

- En cas d'élévation de la tension artérielle, envisager de reprendre le traitement par le métoprolol, qui avait été interrompu parce que la tension artérielle était satisfaisante durant le séjour à l'USI. Envisager une réadmission à l'USI en cas d'augmentation des besoins en oxygène.

T: Tasks to complete overnight (tâches à exécuter durant la nuit)

- Faire un suivi en ce qui concerne les expectorations mises en culture : obtenir les résultats de l'antibiogramme afin de cibler les antibiotiques indiqués. Pour l'instant, la patiente reçoit une antibiothérapie à large spectre.

NOM DU PATIENT : CLARENCE YU

Renseignements sur le patient

S: Sick (malade)

- Malade, niveau de soins maximal

I: Identifying data (données d'identification)

- Homme de 73 ans, PO#4 d'une opération de Whipple

G: General hospital course (évolution générale de l'état du patient durant son hospitalisation)

- Patient admis 4 jours plus tôt pour une opération de Whipple compliquée le PO#2 par une fuite anastomotique ayant nécessité une réintervention. A été sevré des vasopresseurs le PO#3. Vient d'être transféré de l'USI à l'unité de soins. ATCD méd. : MPOC, HTA, dyslipidémie, maladie coronarienne. Sonde de Foley / drains : sonde de Foley, 2 drains intraabdominaux à proximité de la fuite anastomotique ayant évacué un liquide en grande partie séro-sanguinolent. TNG relié à une poche de drainage par gravité.

N: New events of day (nouveaux événements survenus pendant la journée)

- Retrait de la canule nasale. Remplacement de la sonde de Foley. Confirmation de la position du TNG par radiographie.

O: Overall current status (état de santé général / état clinique)

- Patient NPO, qui ne reçoit pas de vasopresseur ou d'oxygénothérapie

U: Upcoming possibilities with plans (éventualités à envisager et plan d'action)

- En cas de fièvre, envisager une fuite anastomotique ou d'autres causes d'infection (demander toutes les cultures après anamnèse et examen physique).

T: Tasks to complete overnight (tâches à exécuter durant la nuit)

- Surveiller de près le liquide évacué par les drains afin de déceler tout signe évocateur d'une récurrence de la fuite.

Cas no 5 – Transfert des soins en pathologie ou en médecine de laboratoire

Spécialité :	pathologie, médecine de laboratoire
Milieu :	laboratoire de l'hôpital
Problèmes :	transfert des soins non structuré, liste de tâches à exécuter incomplète, transfert des soins effectué avant un départ en vacances

But :

En pathologie ou en médecine de laboratoire, il est rarement nécessaire d'effectuer un transfert des soins détaillé parce que les cas sont généralement attribués à des professionnels qui n'ont pas à transférer la responsabilité de ceux-ci à d'autres professionnels. Toutefois, il arrive qu'un pathologiste ou qu'un médecin de laboratoire ne soit pas en mesure de terminer un cas et qu'il faille effectuer un transfert des soins afin que le pathologiste ou le médecin de laboratoire qui prend le relais ne reparte pas de zéro.

Ressource :

Fiche de transfert des soins n^o 6.6 : fiche de transfert des soins non structurée fournissant de l'information sur trois cas

Consignes pour le jeu de rôles :

Demandez à deux résidents de simuler le transfert des soins pour les trois cas décrits sur la fiche no 6.6, sachant que le résident qui transfère les soins est sur le point de partir en vacances.

Rôles :

Résident no 1 : résident qui transfère les soins

Résident no 2 : résident qui prend le relais

Vous pouvez ajouter des renseignements additionnels au scénario, tels que le niveau de formation des deux résidents, afin d'illustrer dans quelle mesure le degré d'expérience pourrait influencer sur la quantité de renseignements à fournir lors d'un transfert des soins.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion

Au cours de votre résidence, avez-vous eu l'occasion de transférer des cas à d'autres résidents?

Pensez-vous que vous serez appelé à effectuer de tels transferts lorsque vous serez un médecin membre du personnel?

On en sait un peu moins sur les transferts de soins effectués en pathologie ou en médecine de laboratoire que sur les autres types de transferts de soins. À votre avis, quelles sont les principales caractéristiques d'un transfert des soins efficace en pathologie ou en médecine de laboratoire? Est-ce

que l'un des outils mnémotechniques actuels (I-PASS, SIGNOUT, SBAR) serait utile en pathologie ou en médecine de laboratoire? Comment faudrait-il l'adapter?

Faut-il accorder une importance particulière au médecin qui demande ou soumet l'échantillon?

Est-ce possible d'ajouter un critère relatif au degré de priorité dans le transfert des soins?

Fiche de transfert des soins n 6.6

PATIENT NO 1:

Le patient no 1, M. Smith, est un homme de 50 ans qui vient de subir une biopsie rectale (cas no 123987). J'ai reçu 3 lames et je les ai examinées, mais les échantillons sont trop minces. J'ai demandé aux techniciens en pathologie des coupes plus épaisses (avec plus de niveaux); ils m'ont dit qu'elles seraient prêtes dans 1 ou 2 jours. Je n'ai pas encore commencé à rédiger le rapport.

PATIENTE NO 2:

La patiente no 2, Mme Tremblay, est une femme de 64 ans qui présente de multiples lésions hépatiques et dont la principale lésion a fait l'objet d'une biopsie récemment (cas no 345876). Ils nous ont fournis des carottes d'au moins 3 niveaux de coupe, et il apparaît clairement sur les coupes qu'il s'agit d'un adénocarcinome, dont je n'ai pas pu établir l'origine en me fiant aux coupes dont je dispose. J'ai demandé un bilan immunohistochimique (CK-7, CK-20, TTF- 1, napsine A et RE), qui devrait être prêt dans 3 à 5 jours. Je n'ai pas rédigé de rapport sur ce cas, puisque les conclusions se résument en une phrase. Pourrez-vous boucler le cas une fois que vous aurez reçu les résultats de l'analyse immunohistochimique afin que nous puissions fournir un complément d'information aux oncologues sur la cause potentielle? Ils ont déjà appelé le labo deux fois, mais ils veulent un bilan complet de toute façon.

PATIENT NO 3:

Il s'agit d'un vaste cas comportant 38 échantillons prélevés chez M. Singh, un homme de 59 ans qui a récemment subi une résection colorectale. J'ai rédigé tout le rapport à l'exception du stade pT. Je n'arrivais pas à déterminer le degré d'envahissement de la tumeur à partir des lames que j'avais. J'ai donc demandé des niveaux plus profonds pour les lames que j'avais et des coupes additionnelles de l'échantillon original. Ils devraient arriver dans 2 ou 3 jours. Pouvez-vous les examiner et compléter le rapport en conséquence?

Cas no 6 – Transfert des soins en médecine d'urgence

Spécialité :	médecine d'urgence
Milieu :	transfert des soins à la fin d'un quart de travail au service des urgences
Problèmes :	transfert des soins non structuré, interruptions fréquentes, listes de tâches à exécuter incomplètes

But :

Cet exemple de cas met en évidence les difficultés inhérentes au transfert des soins prodigués à des patients admis au service des urgences pour lesquels des examens, des consultations et des tâches sont en cours.

L'utilisation d'un outil de transfert des soins structuré présente aux apprenants les avantages liés à un processus de transfert des soins normalisé.

Ressources :

Fiche de transfert des soins n^o 6.7 : fiche de transfert des soins non structurée contenant un minimum d'information

Fiche de transfert des soins n^o 6.8 : fiche de transfert des soins contenant des éléments d'information plus complets et plus structurés

Consignes pour le jeu de rôles :

Ce scénario vise à simuler un transfert des soins entre 2 résidents du service des urgences à la fin d'un quart de travail.

Cela dit, vous pouvez le modifier de façon à refléter les particularités des pratiques qui ont cours dans votre établissement.

D'abord, demandez aux résidents d'interpréter le scénario en transmettant un minimum d'information lors du transfert des soins (fiche no 6.6). Demandez aux observateurs de prendre des notes sur chaque patient.

Puis, demandez aux résidents d'interpréter le scénario en transmettant des éléments d'information plus complets et plus structurés lors du transfert des soins (fiche no 6.7).

Rôles :

Le résident no 1 transfère les soins et le résident no 2 prend le relais.

Vous pouvez ajouter des renseignements additionnels au scénario, tels que le niveau de formation des deux résidents, afin d'illustrer dans quelle mesure le degré d'expérience pourrait influencer sur la quantité de renseignements à fournir lors d'un transfert des soins.

Vous pouvez ajouter d'autres personnages au scénario qui interrompront le transfert des soins en posant aux participants diverses questions qui ne nécessitent pas une intervention immédiate.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

Quels éléments d'information supplémentaires avez-vous appris sur le patient lorsque la fiche no 6.7 a été utilisée?

À quelle fréquence vous manque-t-il des données cliniques importantes sur les patients dont les soins vous sont transférés? Comment vous y prenez-vous pour éviter ce type d'omissions lorsque c'est vous qui transférez les soins prodigués à un patient à un collègue?

Comment établissez-vous l'ordre de priorité de vos patients lors d'un transfert des soins?

Avez-vous déjà eu à intervenir en urgence auprès d'un patient inconnu qui avait été transféré au service des urgences par un autre service? Comment auriez-vous pu mieux vous préparer pour ce type d'intervention?

Quels sont les risques associés à un transfert des soins effectué à un moment où se terminent divers quarts de travail? Quelles stratégies pourriez-vous mettre en place pour atténuer ces risques?

Les patients ne savent pas toujours que les soins qu'ils reçoivent ont été transférés à un autre médecin; leur famille non plus. Si vous vous retrouviez dans une situation similaire, comment la prendriez-vous en main?

Comment pouvez-vous vous assurer que le collègue à qui vous transférez les soins est au courant des plans d'urgence et des examens qui sont prévus ou dont les résultats sont imminents?

On en sait peu sur le schéma idéal que devraient suivre les transferts de soins effectués au service des urgences. À votre avis, quelles sont les principales caractéristiques d'un transfert des soins efficace en médecine d'urgence? Est-ce que l'un des outils mnémotechniques actuels (I-PASS, SIGNOUT, SBAR) serait utile pour les transferts de soins effectués en médecine d'urgence? Comment faudrait-il l'adapter?

Quand faut-il envisager d'effectuer le transfert des soins au chevet du patient? Quand faut-il envisager la participation d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle (p. ex., infirmière en charge) au transfert des soins verbal?

Comment gérez-vous les interruptions durant un transfert des soins?

Fiche de transfert des soins n.6.7

Ravi Patel : Homme de 63 ans en proie à des douleurs thoraciques; dans l'attente d'un dosage des enzymes cardiaques; recevra probablement son congé.

Stephan Dodd : Homme de 22 ans qui buvait avec des amis ce soir; a trébuché à la sortie d'un bar; lacération à la tête suturée; recevra son congé lorsqu'il sera sobre.

Margaret Tran : Femme de 54 ans; consultation en neurochirurgie. A reçu son congé 3 jours après une chirurgie pour un astrocytome. A été admise pour une crise tonico-clonique × 10 min. Crises convulsives × 2 au service des urgences. Sera vue en neurochirurgie, mais en salle d'opération. Mise sous Dilantin.

Gladis Molnar : Femme de 85 ans se plaignant de douleurs abdominales diffuses depuis 2 jours, température basse, vomissements × 1. Sensibilité max. au quadrant inférieur droit. Analyses sanguines effectuées. Rendez-vous pris pour la TDM.

Fiche de transfert des soins n.6.8

RAVI PATEL:

Homme de 63 ans, qui a éprouvé des douleurs thoraciques droites × 1 h il y a 4 h pendant qu'il regardait la télévision. Absence de douleur à l'effort. Douleur non pleurétique. Ne ressentait aucune douleur à son arrivée.

- Risque cardiaque : aucun antécédent cardiaque, hypertension, pas de diabète, pas de cholestérol, non-fumeur, antécédents familiaux : son père a subi un IM à 72 ans.
- Score de Wells : négatif. Examen des fonctions cardiaque et respiratoire normal. ECG initial normal, troponine normale.
- DDX : douleurs thoraciques probablement d'origine non cardiaque, mais présence de plusieurs facteurs de risque cardiaque.
- Répétition de l'ECG et du dosage de la troponine dans 4 h, suivi nécessaire.
- En cas de troponine et d'ECG normaux, donner son congé au patient et prescrire un suivi en clinique externe de cardiologie. En cas de troponine ou d'ECG anormal ou en cas de nouvel épisode de douleurs thoraciques au service des urgences, demander une consultation en cardiologie.

STEPHAN DODD:

Homme de 22 ans, qui buvait dans un bar; nie avoir pris de la drogue, a trébuché sur le trottoir et a subi une lacération à la tête (côté droit du front).

- Score GCS = 14, difficultés d'élocution, réaction aux consignes reçues, aucun signe de déficit neurologique focal, incapacité à marcher.
- Lacération suturée. Aucune autre lésion mises à part des ecchymoses au genou G.
- Aucun antécédent médical. Porte un collet cervical. Analyses sanguines et ROH effectués.
- Dx : intoxication alcoolique, lacération à la tête, contusion au genou G.
- Faire un suivi des analyses sanguines en cours, réévaluer l'état neurologique. Écarter la possibilité d'une lésion cervicale.
- Réexaminer le genou, autoriser le lever du patient dès qu'il sera sobre.

MARGARET TRAN:

Femme de 54 ans, en post-op. pour un astrocytome, qui a subi une crise tonico-clonique.

- A été admise 7 jours plus tôt en neurochirurgie où elle était sous la responsabilité du Dr Shaw. A subi une intervention pour un astrocytome.

- A reçu son congé il y a 2 jours avec une ordonnance de Dilantin PO, mais n'a pas exécuté celle-ci.
- A eu une crise tonico-clonique × 10 min aujourd'hui. A été emmenée au service des urgences par les SMU après la crise.
- A eu 2 autres crises tonico-cloniques au service des urgences : une crise de 2 min et l'autre de 30 s.
- A reçu du lorazépam à 4 mg par voie i.v. A repris conscience progressivement, a maintenant un score GCS de 15.
- Signes neuro-vitaux intacts, mise à part une diminution de la force de préhension à la main G (4/5), aucun changement depuis l'obtention du congé.
- Labo, glycémie normale. Concentration de Dilantin = 0.
- Consultation en neurochirurgie. Suggestion : Dilantin par voie i.v. et répétition de la TDM.
- Principaux problèmes nécessitant un suivi : Faire le suivi de la TDM de la tête et réévaluer la patiente après le Tx par Dilantin à 15 mg/kg qui vient d'être mis en route.
- Le consultant en neurochirurgie ne quittera la salle d'op. que dans 4 h. Risque de nouvelles crises convulsives à l'urgence. Réadministrer du lorazépam par voie i.v. au besoin.
- Envisager une consultation en neurologie si la patiente ne répond pas au Tx médicamenteux et que le neurochirurgien n'est pas disponible.
- Surveiller la TA et la FR en vue de déceler toute baisse. Revoir l'examen de TDM en cas de saignement ou de changement significatif et aviser le neurochirurgien qui est en salle d'op.

GLADIS MOLNAR:

Femme de 85 ans, douleur abdominale diffuse depuis 2 j, vomissements × 1, fébrile aujourd'hui.

- TA = 112/70, T° = 38,2, P = 96. Sensibilité et réaction de défense volontaire maximales dans le quadrant inférieur droit.
- Numération leucocytaire = 15,2. Électrolytes, créatinine normale. Bandelettes urinaires négatives.
- Dx : douleur abdominale nouvellement diagnostiquée; diagnostic différentiel : appendicite/diverticulite.
- Dans l'attente d'une TDM abdominale.
- Ne veut pas prendre d'analgésique.
- Suivi à faire sur le taux de lactate : s'il est > 4 ou que la TA est faible, suivre le protocole établi pour le sepsis.
- Examiner les résultats de la TDM abdominale.
- Une consultation en chirurgie peut être nécessaire selon les résultats de la TDM.
- Réexaminer la patiente / réévaluer la douleur après la TDM.

Cas no 7 – Transfert des soins en psychiatrie

Spécialité :	psychiatrie
Milieu :	transfert des soins en psychiatrie
Problèmes :	transfert des soins non structuré, liste de tâches à exécuter incomplète

But :

Ce scénario consiste à simuler un transfert des soins effectué en psychiatrie.

Il met tout particulièrement l'accent sur la sécurité, la psychopharmacologie, la consommation abusive de certaines substances et les formulaires utilisés.

Ressources :

Fiche de transfert des soins n.6.9 : fiche de transfert des soins non structurée

Fiche de transfert des soins n.6.10 : fiche de transfert des soins structurée comprenant des éléments d'information plus détaillés

Consignes pour le jeu de rôles :

Demandez à deux résidents de simuler le transfert des soins deux fois : la première fois en utilisant la fiche de transfert des soins non structurée (fiche no 6.8), et la seconde fois en se servant du modèle I-PASS (fiche no 6.9).

Ne distribuez QUE la première fiche de transfert des soins au reste du groupe afin qu'il puisse suivre le jeu de rôles. Après la fin du premier jeu de rôles, il ne faudra remettre la seconde fiche (celle qui est structurée suivant le modèle I PASS) qu'au résident qui transférera les soins lors du deuxième jeu de rôle.

Rôles :

Le résident no 1 transfère les soins et le résident no 2 prend le relais.

Vous pouvez ajouter des renseignements additionnels au scénario, tels que le niveau de formation des deux résidents, afin d'illustrer dans quelle mesure le degré d'expérience pourrait influencer sur la quantité de renseignements à fournir lors d'un transfert des soins.

Consignes pour faire un bilan et questions pour orienter la discussion :

À quelle fréquence vous manque-t-il des données cliniques importantes sur les patients dont les soins vous sont transférés? Comment vous y prenez-vous pour éviter ce type d'omissions lorsque c'est vous qui transférez les soins prodigués à un patient à un collègue?

Comment établissez-vous l'ordre de priorité de vos patients lors d'un transfert des soins?

Citez quelques facteurs qui compromettent l'efficacité du transfert des soins au sein de l'unité de psychiatrie.

Quels éléments d'information faut-il absolument transmettre lors d'un transfert des soins psychiatriques?

Fiche de transfert des soins n.6.9

NOM DU PATIENT : SMITH, MELISSA

Renseignements sur le patient : Jeune fille de 16 ans issue d'une collectivité éloignée, qui s'est présentée à un hôpital communautaire après une intoxication volontaire à la fluoxétine. L'évaluation médicale n'a mis en évidence aucun problème médical sous-jacent aux symptômes psychiatriques, et la patiente a été acceptée par le psychiatre de garde de l'établissement psychiatrique de l'annexe 1 le plus proche. Comme il n'y avait pas de lits disponibles, elle restera à l'hôpital communautaire jusqu'à ce qu'un lit se libère et que le transfert puisse être organisé.

NOM DU PATIENT : MCMILLIAN, JEROME

Renseignements sur le patient : Homme de 46 ans atteint de schizophrénie, qui n'adhère pas à son traitement médicamenteux, est désorganisé et incohérent à son arrivée. Une Formule 1 a été remplie. ATCD psychiatriques : Diagnostic de schizophrénie établi en 1985. A fait l'essai de nombreux antipsychotiques oraux et dépôt.

NOM DU PATIENT : CHANG, LUCY

Renseignements sur le patient : Femme de 31 ans, atteinte de schizophrénie, qui fait l'objet d'une Formule 1. Était en proie à des hallucinations auditives et visuelles et s'est mise à agresser verbalement et physiquement le personnel et les autres patients. Ne peut être réorientée. Un code blanc a été émis. Elle a reçu de l'halopéridol à 5 mg et du lorazépam à 2 mg par voie i.m.

Fiche de transfert des soins n.6.10

1. **Nom du patient :** Smith, Melissa

Renseignements sur le patient

I – À surveiller

P – HDV : Consommation quotidienne de cannabis × 1 an.

Consommation occasionnelle d'alcool.

ATCD psychiatriques : TDM. A été réanimée après une tentative de suicide par pendaison il y a 1 an. Counselling × 1 mois.

ATCD méd. : Aucun

Médicaments : Fluoxétine à 10 mg

Tableau clinique : À son arrivée à l'hôpital communautaire, présentait une intoxication volontaire à la fluoxétine. Acte commis dans le cadre d'un pacte suicidaire.

L'évaluation médicale n'a mis en évidence aucun problème médical sous-jacent, et elle est dans l'attente de son transfert vers un établissement psychiatrique de l'annexe 1.

Évaluation : S. O.

Plan d'action : Dans l'attente de son transfert. Équipe de soutien en milieu communautaire.

A – Dès son arrivée, il faudra activer la Formule 1 et lui remettre la Formule 42.

S – Envisager une constante en cas de persistance des idées suicidaires.

S – *Synthèse/questions*

2. **Nom du patient :** McMillian, Jerome

Renseignements sur le patient

I – État stable

P – Homme de 46 ans hospitalisé pour une schizophrénie. Une Formule 1 a été remplie. N'adhère pas à son traitement médicamenteux.

HDV : Antécédents de consommation excessive d'alcool.

ATCD méd. : HTA, DM2.

Antécédents psychiatriques : Diagnostic de schizophrénie établi en 2001. A fait l'essai de nombreux antipsychotiques oraux et injectables à longue durée d'action.

Tableau clinique : Accompagné par la police qui l'a trouvé dans la rue en train de tenir un discours incohérent.

Désorganisé. NFS, AUS, électrolytes, analyse d'urine, test de dépistage des médicaments non prescrits : dans les limites de la normale. TDM prévue. C'est sa partenaire qui est le mandataire autorisé à prendre des décisions en son nom.

Évaluation : Se montre coopératif. S'est replié sur lui-même et s'est isolé. Labilité émotionnelle. Hallucinations auditives et visuelles. Nie avoir des pensées ou des idées suicidaires ou meurtrières.

Plan : Organiser une rencontre avec la famille en vue de l'instauration potentielle d'un Tx par la clozapine.

Commencer le bilan préliminaire en prévision du Tx par clozapine.

A –

1. Faire le suivi quant à la TDM de la tête.
2. Faire le suivi quant au bilan préliminaire en prévision du Tx par la clozapine.
3. Soumettre une demande pour la clozapine dès l'obtention du consentement de la mandataire appelée à prendre des décisions au nom du patient et des résultats d'analyses.
4. Prendre les dispositions nécessaires pour le suivi à titre de patient externe.

S – Haldol PRN, s'il y a lieu, mais c'est peu probable étant donné que le patient est coopératif / s'est replié sur lui-même.

S – *Synthèse/questions*

3. **Nom du patient** : Chang, Lucy

Renseignements sur le patient

I – À surveiller

P – Femme de 31 ans atteinte de schizophrénie en proie à des hallucinations auditives et visuelles. Formule 1. Agressions verbales et physiques.

ATCD psychiatriques : 3 admissions au cours des 4 dernières années. Dernière hospitalisation motivée par une psychose aiguë; reprise du Tx par la palipéridone à libération prolongée et congé accordé avec un suivi assuré par une équipe de soins aigus. Avait reçu une ordonnance de traitement en milieu communautaire, mais a refusé de la renouveler.

Aucun antécédent de violence.

Tableau clinique : A été emmenée par la police. Une Formule 1 a été remplie. Est sujette à des hallucinations auditives et visuelles. N'adhère pas à son traitement médicamenteux.

Évaluation : Labilité; contact visuel fixe. Fait les cent pas.

Est difficile à réorienter. Est en proie à des hallucinations auditives et visuelles qui lui donnent des directives.

Plan : Veiller à la sécurité du personnel et des co-patients.

Transférer la patiente à l'USIP. Déterminer sa capacité à consentir à un traitement.

A – En cas d'incapacité à consentir à un traitement, trouver le mandataire appelé à prendre les décisions au nom de la patiente ou envisager le recours au Bureau du tuteur et curateur public.

Envisager un antipsychotique injectable à longue durée d'action.

S – Envisager la Formule 3 et l'évaluation de la capacité financière.

S – *Synthèse/questions*

Les cinq conseils pratiques à retenir

1. Le jeu de rôles est un outil efficace pour enseigner et apprendre les aptitudes pour le transfert des soins.
2. Le type de transfert des soins varie d'une spécialité à l'autre, et pour qu'un transfert soit efficace, il est nécessaire d'utiliser des stratégies adaptées aux circonstances dans lesquelles il s'effectue.
3. Il est essentiel de comprendre les facteurs qui nuisent à l'efficacité des transferts de soins au sein d'une spécialité donnée ou dans une situation particulière; c'est l'une des premières étapes clés de l'acquisition d'une compétence en la matière.

4. Les principes généraux présentés dans les sections précédentes s'appliquent à des transferts de soins propres à certaines spécialités (nécessité de suivre un schéma structuré, d'effectuer le transfert par écrit, d'effectuer le transfert en personne, notamment communication des plans d'urgence, etc.).
5. Il peut être utile d'avoir recours à des outils de transfert de soins structurés adaptés aux besoins de sa spécialité (consulter la section 3<link to Section 3> pour obtenir un complément d'information sur les outils SBAR, SIGNOUT et I-PASS).

Références

1. Riesenber LA, Leitzsch J, Massucci JL, et al. Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature. *Acad Med*, 2009;84(12):1775–87.
2. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, et al. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Ann Surg* 2010;252(2):402–7.
3. Catchpole KR, De Leval MR, Mcewan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth* 2007;17(5):470–8.
4. Zavalkoff SR, Razack SI, Lavoie J, et al. Handover after pediatric heart surgery: a simple tool improves information exchange. *Pediatr Crit Care Med* 2011;12(3):309–13.
5. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 2014;371(19):1803–12.
6. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg* 2012;115(1):102–15.
7. Jones PM, Cherry RA, Allen BN, et al. Association between handover of anesthesia care and adverse postoperative outcomes among patients undergoing major surgery. *JAMA* 2018;319(2):143–53.
8. Choromanski D, Frederick J, McKelvey GM. Intraoperative patient information handover between anesthesia providers. *J Biomed Res* 2014;28(5):383–7.
9. Saager L, Hesler BD, You J, et al. 2014. Intraoperative transitions of anesthesia care and postoperative adverse outcomes. *Anesthesiology* 2014;121(4):695–706.
10. Agarwala AV, Firth PG, Albrecht MA, et al. 2015. An electronic checklist improves transfer and retention of critical information at intraoperative handoff of care. *Anesth Analg* 2015;120(1):96–104.
11. Denson JL, Jensen A, Saag HS, et al. Association between end-of-rotation resident transition in care and mortality among hospitalized patients. *JAMA* 2016;316:2204–13.

Glossaire

Évaluation

Jugement porté sur les progrès réalisés par un apprenant en vue de l'atteinte d'un objectif ou d'un but défini dans le cadre d'un programme pédagogique.

Communication en boucle fermée

Technique de communication utilisée en vue d'éviter les malentendus. L'émetteur énonce certains éléments d'information, le récepteur répète ce qu'il a entendu et l'émetteur confirme si l'information a été bien comprise.

Charge cognitive

Facteurs qui influent sur la mémoire de travail, tels que la complexité du cas, les interruptions et les ressources mobilisées par le traitement de l'information. La fatigue, l'épuisement professionnel et le degré d'expérience clinique influent sur la mémoire de travail (Young, et al.; 2016).

<https://qualitysafety.bmj.com/content/25/2/66>

Communication

« Échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité » (Référentiel de compétences CanMEDS 2015). <http://www.royalcollege.ca/rbsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-f>. Elle nécessite la participation de l'émetteur de l'information et celle du récepteur de l'information (Johnson and Arora; 2016). <http://qualitysafety.bmj.com/content/25/2/63.long>

Compétence par conception (CPC)

La compétence par conception (CPC) est le modèle d'approche par compétence en formation médicale conçu par le Collège royal. Selon ce modèle, la formation des médecins se divise en 7 étapes qui constituent le continuum de la compétence de la CPC. La formation des résidents représente quatre de ces étapes, et le modèle décrit clairement les jalons d'enseignement et d'apprentissage associés à chacune d'entre elles. <http://www.royalcollege.ca/rbsite/cbd/competence-by-design-cbd-f>

Curriculum

Programme d'apprentissage structuré. Ce terme emprunté au latin signifiait à l'origine « trajectoire » ou « course de vitesse ». Un curriculum comprend quatre éléments essentiels : le contenu, les stratégies d'enseignement et d'apprentissage, les processus d'évaluation de l'enseignement et de l'apprentissage, et les processus d'évaluation du curriculum en tant que tel.

Schéma de curriculum

« Schéma » pédagogique global qui illustre les liens existant entre chaque objectif d'apprentissage et les méthodes pédagogiques et les outils d'évaluation prévus. Il a pour but de vérifier que toutes les étapes clés de la conception du curriculum ont été menées à bien.

Perfectionnement du corps professoral

Activités accomplies par les membres du corps professoral en vue d'acquérir des compétences dans des domaines qui revêtent de l'importance dans le cadre de leur mission d'enseignement universitaire ou d'améliorer la qualité de leur prestation dans ces domaines.

Transfert des soins

« Transfert temporaire ou permanent des responsabilités et de la reddition de comptes concernant certains aspects ou l'ensemble des aspects des soins prodigués à un patient ou à un groupe de patients [...], à la fois verbalement et par écrit » (Référentiel de compétences CanMEDS 2015).

<http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-handover-f>

Équipe soignante

« Au moins deux professionnels de la santé qui collaborent en vue de faire progresser les soins de leur patient. Chaque membre de l'équipe joue un rôle distinct et a ses propres responsabilités, exécutant des tâches interdépendantes et s'adaptant aux besoins du patient » (Association canadienne de protection médicale). <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/site-ressources/glossary-of-terms>

Ingénierie des facteurs humains

Discipline visant à appliquer les connaissances acquises sur les caractéristiques physiques et psychologiques de l'être humain à la conception de dispositifs et de systèmes destinés à l'usage humain, afin de garantir leur sécurité, leur efficacité et leur facilité d'emploi.

I-PASS

Nom d'un groupe d'étude dont les membres proviennent de nombreux établissements américains et canadiens et dont la mission est d'améliorer la sécurité des patients, et plus particulièrement les transferts de soins, en normalisant la communication entre les professionnels de la santé. Ce groupe a établi que la mise en oeuvre d'une série d'interventions destinées à améliorer la communication entre résidents et médecins durant les transferts de soins (appelée I-PASS Handoff Bundle) était associée à une réduction de 30 % des événements indésirables évitables. L'I-PASS Handoff Bundle comprend notamment l'acronyme mnémorique I-PASS : Illness severity (gravité du cas), Patient summary (résumé des données du patient), Action list (plan d'action), Situation awareness and contingency planning (conscience situationnelle et plan d'urgence), Synthesis (synthèse). <http://www.ipasstudygroup.com>

Relecture

Fait pour une personne de répéter l'information qu'elle a reçue. Dans le milieu de la santé, les relectures peuvent servir à confirmer certains types d'information, tels que les ordonnances médicales, les résultats d'examen importants et les mesures de suivi (Association canadienne de protection médicale; 2016).

https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Team_Communication/tools_and_techniques-f.html

SBAR

L'outil SBAR (Situation [situation], Background [renseignements de base], Assessment [évaluation], Recommendation [recommandation]) est un cadre de référence facile à retenir qui vise à structurer les communications entre les membres d'une équipe soignante concernant l'état d'un patient qui nécessite une attention et une intervention immédiates.

Modèle mental commun

Interprétation commune de la tâche à exécuter, de la structure de l'équipe qui doit l'exécuter et du rôle de chacun des membres de cette équipe (Westli, et al.; 2010).

<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-7241-18-47>

Conscience situationnelle

« Habileté cognitive où l'on est conscient de ce qui se passe autour de soi, en confirmant continuellement ses perceptions à la réalité et aux données apparentées qui s'échangent. Cette habileté comprend la capacité de prédire les répercussions immédiates et futures de vos propres gestes ou de ceux de votre équipe, dont anticiper les complications » (Association canadienne de protection médicale; 2016).

https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Team_Communication/situational_awareness-f.html