



# **Influence des outils de communication et de l'environnement sur les transferts interdisciplinaires postopératoires de patients**

**Une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Cindy Bourquenoud**

**Laura Niquille**

Promotion 2017-2020

Sous la direction de François Magnin

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

9 juillet 2020

## Résumé

**Contexte** : Les transferts des patients de la salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs) provoquent un risque important, dans la rupture de la continuité des soins. En effet, les oublis dans ce passage de relais ont un impact important que ce soit sur le patient ou sur les coûts de la santé. C'est pourquoi, il est important de trouver des moyens d'améliorer la qualité de ces processus via différents outils de transferts.

**Buts** : Le but de cette revue de littérature est de connaître l'influence des outils de communication ainsi que l'impact de l'environnement sur les transferts de patients interdisciplinaires de la salle d'opération aux unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs).

**Méthode** : Cet ouvrage est une revue non systématique de littérature composée de cinq articles scientifiques ainsi que d'une revue de littérature intégrative. Il s'appuie sur un cadre théorique constitué de la théorie de Nadot et du concept de qualité des soins.

**Résultats** : Les résultats ont démontré que les outils de communication ont des effets positifs sur la qualité du transfert et sur la satisfaction du personnel soignant. De plus, l'environnement et les mauvaises relations interprofessionnelles peuvent être néfastes aux transferts.

**Discussion & Conclusion** : La formation des équipes (affiches, simulation, ...) améliore l'utilisation des outils. Dans le but d'assurer un transfert de qualité, il est judicieux d'associer deux outils de communication (check-list + ISBAR/SBAR).

**Mots clés** : salle d'opération, postopératoire, transferts, outils de transfert, sécurité des patients, continuité des soins, amélioration de la qualité.

## Table des matières

Résumé .....	ii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Remerciements .....	viii
Avis aux lecteurs.....	viii
Introduction.....	1
Problématique .....	4
Question de recherche .....	8
Cadre théorique.....	9
Modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot.....	11
Grille SC1 .....	13
Grille SC2 .....	13
Grille SC3 .....	13
Grille SC4 .....	14
Qualité des soins .....	15
Définition.....	15
Cadre conceptuel de Donabedian (1988).....	17
Niveau de qualité .....	19
Boucle d'amélioration de la qualité.....	20
Méthode .....	22
Choix du devis .....	23
Eléments PICO.....	23
Critères d'éligibilité.....	24
Processus de recherche .....	25
Description des bases de données .....	26
Tableau des mots clés .....	27
Stratégie de recherche.....	28
Recherche sur CINAHL.....	31
Recherche sur SCIENCEDIRECT via ELSEVIER .....	32
Recherche sur PUBMED .....	33
Sélection des études.....	34
Diagramme de flux.....	35

Extraction des données .....	36
Tableau des articles sélectionnés .....	37
Résultats .....	38
Études sélectionnées.....	39
Outils de communication .....	55
ISBAR ou SBAR .....	55
Check-lists .....	57
Environnement .....	59
Satisfaction des prestataires .....	60
Impact de l'équipe.....	61
Impact de l'institution .....	62
Discussion .....	64
Synthèse des résultats .....	65
Liens avec le cadre théorique .....	70
Forces & Limites.....	73
Implications & Recommandations.....	74
Implications pour la pratique .....	75
Recommandations pour la recherche .....	76
Conclusion.....	78
Références .....	81
Appendice A .....	85
Appendice B .....	87
Appendice C .....	94
Article N° 1 .....	95
Grille de résumé d'un article scientifique.....	95
Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	98
Article N° 2 .....	107
Grille de résumé d'un article scientifique.....	107
Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	113
Article N° 3 .....	126
Grille de résumé d'un article scientifique.....	126
Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	129
Article N° 4 .....	136
Grille de résumé d'un article scientifique.....	136
Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	140

Article N° 5 .....	150
Grille de résumé d'un article scientifique.....	150
Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	154
Article N°6 .....	163
Grille de résumé d'une revue de littérature .....	163
Grille de lecture critique d'une revue de littérature .....	174
Appendice D .....	194

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Eléments PICO .....	23
Tableau 2 : Critères d'éligibilité – Limites & Filtres .....	24
Tableau 3 : Mots clés – CINAHL Headings – MESH Terms.....	27
Tableau 4 : Recherche sur CINAHL.....	31
Tableau 5 : Recherche sur SCIENTIFIEDIRECT via ELSEVIER .....	32
Tableau 6 : Recherche sur PUBMED.....	33
Tableau 7 : Articles sélectionnés .....	37

## **Liste des figures**

Figure 1 : Modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot .....	14
Figure 2 : Modèle de Donabedian .....	18
Figure 3 : Modèle Donabedian appliqué aux transferts postopératoires .....	19
Figure 4 : Diagramme de flux .....	35

## **Remerciements**

Nous adressons nos plus vifs remerciements à notre directeur de travail de Bachelor Monsieur François Magnin qui nous a guidées et conseillées tout au long de la réalisation de notre mémoire. Nous remercions également la responsable du module 22, Madame Falta Boukar pour ses cours et son suivi à distance ainsi que Madame Sandrine Pihet pour ses cours de statistiques ainsi que ses conseils pour effectuer une analyse pertinente des articles scientifiques.

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant relu notre travail, en particulier Madame Aude Bourquenoud.

## **Avis aux lecteurs**

Afin de faciliter la lecture, le terme « infirmière » est utilisé pour citer les professionnels de genre masculins et féminins.

La plupart des articles utilisés lors de l'élaboration de ce travail de Bachelor ont été rédigés en anglais. Les auteures ont alors effectué une traduction libre en essayant de rester le plus proche du sens original des mots.



***« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez comprendre, ce que vous voulez comprendre et ce que vous comprenez. Il y a au moins dix possibilités (mais en réflexion pour la dixième...) de ne pas se comprendre. Mais, essayons quand même. »***

(Werber, 2020).

## Introduction

Cette revue non systématique de littérature s'inscrit dans le programme des études en soins infirmiers de la HES-SO Fribourg. Il s'agit d'un travail de recherche qui s'appuie sur des données scientifiques, dans le but d'obtenir le Bachelor of Sciences en soins infirmiers. Pour débiter ce travail de Bachelor, les auteures ont eu à disposition une liste de différents thèmes dans laquelle elles devaient faire un choix selon leurs intérêts. Voulant toutes les deux débiter leur carrière professionnelle dans un service de soins aigus, ce domaine les intéressait particulièrement. Ainsi, elles ont reçu le thème suivant : *L'importance du travail d'équipe et de la communication pour prodiguer des soins sécurés dans le domaine des soins aigus.*

A partir de cette thématique, elles ont débiter les recherches afin de trouver une problématique, pour finalement aboutir à la question de recherche. A partir de là, elles ont pu entamer des recherches spécifiques à leur question de recherche sur différentes bases de données. Les auteures se sont aperçues que les transmissions entre deux équipes de soins étaient une étape cruciale dans la continuité des soins. En effet, il s'agit d'une activité infirmière récurrente et très importante. Si elle n'est pas effectuée correctement, cela risque de mettre en péril la santé du patient (Rose et al., 2018). Les auteures ont remarqué qu'il existe plusieurs procédés pour effectuer ce passage de responsabilité du patient, notamment à l'aide de divers outils de transmissions. C'est pourquoi, elles ont décidé d'effectuer ce travail sur les outils de transmissions et l'environnement lors de transferts de patients afin d'évaluer leurs influences sur les équipes de soins.

Pour orienter ce travail, les auteures ont utilisé un cadre théorique comprenant la théorie de médiologie de la santé de Michel Nadot qui développe l'activité infirmière dans son intégralité ainsi que le concept de la qualité des soins (cadre conceptuel de Donabedian) qui fait partie intégrante de l'objectif des transferts postopératoires.

## **Problématique**

Le transfert de patients se définit comme un processus de communication en temps réel qui transmet des informations spécifiques au patient d'un soignant à un autre soignant ainsi que la responsabilité des soins dans le but d'assurer la continuité et la sécurité des soins (The Joint Commission, 2017). Ce passage de relais est très répandu dans le système de soins. En effet, ces nombreux changements sont estimés à 4'000 transferts chaque jour dans un hôpital universitaire typique (The Joint Commission, 2017). Le transfert d'informations interdisciplinaire s'effectue entre professionnels avec différents degrés de formation (médecin-infirmière, infirmière anesthésiste-infirmière de soins généraux, ...). Cet échange d'informations peut avoir lieu à différents moments des soins soit de façon temporaire (pauses, changement d'équipe, visite médicale) ou de manière permanente (changement d'unité). La responsabilité des soins est alors transférée aux professionnels suivants (Sirgo Rodríguez et al., 2018).

Lors des recherches sur les bases de données, les auteures ont remarqué qu'il existait des études effectuées soit au niveau des transmissions orales entre les professionnels ou sur la communication soignants-soignés. Elles ont choisi de se concentrer sur la communication orale entre les équipes de soins aigus lors du passage de responsabilités.

Les transferts du bloc opératoire vers les services de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs) sont les premiers relais d'informations postopératoires entre les soignants. Dans ces unités, le climat est hautement dynamique et très complexe, avec un mélange continu de soignants et d'interactions diverses avec les patients (Agarwala et al., 2015). L'unité de soins post-anesthésiques aussi nommée salle de réveil dispense des surveillances postopératoires en continu (CHUV : Service d'Anesthésiologie, 2019). Les infirmières qui y travaillent exercent des activités

variées comme l'évaluation de la situation, l'administration des traitements (rôle médico-délégué), les transmissions, ... Les surveillances effectuées sont diverses, notamment les surveillances liées au type d'anesthésie, à la chirurgie, ainsi qu'aux antécédents du patient. La salle de réveil est une unité transitoire où les patients stationnent jusqu'à ce qu'ils retrouvent une stabilité de leurs fonctions vitales et que leurs douleurs soient adoucies. Par la suite, les patients retournent vers leurs unités d'hospitalisation pour poursuivre leur séjour (CHUV : Service d'Anesthésiologie, 2019).

Les transferts postopératoires courants sont les transmissions vers les unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs) (Agarwala et al., 2015). Lors du passage de relais entre des unités de soins, il s'agit d'un défi d'une grande importance pour les soignants qui l'effectuent (Guest, 2017). Dans l'unité de soins post-anesthésiques, le risque d'erreurs de communication lors du transfert est accru en raison de la fréquence importante du turnover de patients, de la complexité de la patientèle ainsi que des distractions environnementales (Coleman et al., 2015). Ces situations complexes de transferts demandent de la rigueur lors des échanges d'informations entre les équipes. Les transferts postopératoires non-productifs sont causés essentiellement par des lacunes en communication. Ces dernières entraînent des faiblesses dans les soins, telles que de l'absence ou des retards d'administration de traitements, l'augmentation de la durée de passage au sein de l'unité de soins post-anesthésiques ainsi que potentiellement une élévation de la morbidité et de la mortalité des patients (Rose et al., 2018). Cette étape cruciale peut entraîner un risque d'erreurs important et donc mettre en péril la sécurité du patient (Krimminger et al., 2018). Selon les résultats d'une étude menée dans un hôpital universitaire américain, le déficit en communication entraîne des événements indésirables allant de légères complications jusqu'à la mortalité (Sutcliffe et al., 2004). Les défaillances

de communication ont été associées à 91% des incidents (Sutcliffe et al., 2004). De même, La Commission mixte a examiné les transferts de patient et a pu démontrer que les défaillances en communication interviennent comme une des sources principales dans 80 % des erreurs médicales (The Joint Commission, 2012). En conséquence à ces événements indésirables associés aux soins (EIAS), les coûts annuel sont estimés à des milliards de dollars ( $\approx 17$  milliards) ainsi qu'aux décès de milliers de patients ( $\approx 200'000$  à  $400'000$  décès) (Halterman et al., 2019). Les EIAS incluent les erreurs médicales, les retards de diagnostics, les erreurs médicamenteuses, une mauvaise communication durant les transferts ainsi que les erreurs d'identification de patients (OMS, 2009). Dans plus de 40% des transferts, des informations ont été omises dont certaines essentielles à la sécurité du patient telles que les bilans entrées-sorties, les administrations de traitements (antibiotique, antalgique), les équipements (cathéters intraveineux), ... Selon Halterman et al. (2019), ces informations ne sont incluses que dans moins de 20% des transferts postopératoires.

Afin de limiter les défaillances dans la communication de transferts, La Commission mixte propose différentes démarches telles que les moyens mnémotechniques, les listes de contrôles, la formation, la sensibilisation à la sécurité, au travail d'équipe, ... (The Joint Commission, 2017). Différents outils de transferts existent afin de standardiser le passage des informations et d'éviter l'omission d'informations essentielles. De plus, il a été démontré de l'importance d'un environnement adapté aux processus de transferts afin de limiter les interruptions et donc les pertes d'informations qui s'en suivent (Krimminger et al., 2018).

La lecture de l'article du journal The Joint Commission (2017) a confirmé l'intérêt des auteures à travailler sur la communication lors des transferts de patients dans cette revue non systématique de littérature. Cet article a certifié que la communication est un aspect essentiel du travail infirmier. Si la communication n'est pas utilisée convenablement, il en court des risques importants pour la sécurité du patient ainsi que pour l'économie de nos systèmes de santé. Les infirmières assurent le passage de relais interdisciplinaire afin de garantir la continuité des soins. Elles sont donc essentielles aux transferts postopératoires et par conséquent à leur standardisation ainsi qu'à la mise en place des instruments nécessaires (Coleman et al., 2015).

Ainsi, les auteures ont décidé de se pencher sur les moyens d'amélioration de la communication interdisciplinaire lors de transferts postopératoires de patients. Déterminer quels sont les outils de transferts (ISBAR-SBAR / Check-lists) et l'environnement adéquat à une amélioration de la qualité des transferts postopératoires de patients sont les buts de cette recherche. Afin de préciser la problématique, les auteures ont choisi de se concentrer sur les instruments utilisés dans les passages de relais postopératoires ainsi que sur l'environnement de celui-ci. Les outils ISBAR-SBAR ainsi que les check-lists sont les outils choisis par les auteures. L'amélioration de la qualité de ces passages de relais assure la sécurité des patients ainsi que la continuité des soins.



### Question de recherche

Quelles influences ont les outils de communication tels que l'ISBAR- SBAR et les check-lists ainsi que l'environnement sur les processus de transferts postopératoires entre les équipes interdisciplinaires de soins aigus s'occupant d'une patientèle adulte ?

**P** = Les équipes interdisciplinaires de soins aigus et une patientèle adulte

**I** = L'influence des outils de communication et de l'environnement sur les transferts de patients en postopératoire

**Co** = Les transferts postopératoires des patients entre deux unités de soins aigus soit de la salle d'opération aux unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs).

## **Cadre théorique**

Les auteures ont commencé par s'interroger sur les différentes théories de soins existantes. En s'intéressant à quelques-unes d'entre elles, elles ont constaté que la théorie de la médiologie de la santé de Michel Nadot ainsi que son modèle d'intermédiaire culturel se rapprochait au mieux de leur problématique. C'est pourquoi, elles ont décidé d'approfondir cette théorie de soins.

En effet, celle-ci permet de démontrer la complexité de l'activité infirmière qui n'est pas seulement « le prendre soin ». Ce modèle est proche de la réalité. Il permet de distinguer l'offre de chacun des professionnels de l'équipe interdisciplinaire et de montrer que chaque savoir partagé diffère selon l'identité et la finalité (Nadot et al., 2013). Grâce au système culturel de Michel Nadot (SC), décrit plus bas, les auteures comprennent la complexité des transmissions infirmières lors des transferts de patients entre deux équipes de soins. Ce modèle démontre que le rôle infirmier est complexe (SC4). Pour être dans son entièreté, il dépend de trois autres cultures : SC1 = La culture institutionnelle, SC2 = La culture médicale, SC3 = Les personnes soignées et leur entourage (Nadot et al., 2013). Afin d'assurer des transmissions adéquates et sécuritaires entre deux équipes de soins aigus, l'infirmière doit connaître son patient (SC3). Cependant, pour que cela soit efficace, le rôle de l'institution est primordial (SC1). De plus, les relations interpersonnelles entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire comme par exemple le corps médical (SC2) sont essentielles.

Dans ce projet, il y a plusieurs concepts pouvant entourer la thématique du passage de relais. Les auteures ont relevé les concepts suivants : qualité des soins ; soins aigus ; partenariat ; communication ; teamstepps ; travail en équipe ; ...

Elles ont choisi de se concentrer sur le concept de la qualité des soins vu qu'il est primordial dans cette problématique. La qualité des soins permet d'assurer aux patients une prise en charge adéquate qui leur permettra une réhabilitation positive de leur état de santé en intégrant la gestion économique des frais (Bovier et al., 2001). Les transmissions lors de transferts ont un impact sur la qualité des soins et donc sur la sécurité du patient. C'est pourquoi, il est essentiel de développer ce concept durant ces recherches de travail de Bachelor.

### **Modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot**

Michel Nadot a été infirmier puis cadre de santé, professeur, directeur-adjoint et doyen responsable de la recherche scientifique à la Haute Ecole de Santé de Fribourg (Suisse). Il a également effectué un doctorat en sciences de l'éducation et en sciences infirmières. Connu mondialement dans le milieu universitaire de la science infirmière francophone et auteur de nombreuses publications dans son domaine de recherche, il est l'inventeur du premier modèle conceptuel en sciences infirmières de l'Europe francophone (Nadot et al., 2013). Le créateur de cette théorie est Suisse mais des similitudes font que l'utilisation du modèle est possible dans tous les pays (Nadot et al., 2013).

Nadot se demande « En quoi les soins infirmiers sont-ils infirmiers ? » (2013, p. 5). Cette question accompagne l'auteur depuis plus de 30 ans.

Aujourd'hui, la discipline « infirmière » est composée de plusieurs modèles théoriques qui servent à guider les pratiques et la réflexion sur celles-ci. Les principaux champs professionnels comprennent : la pratique des soins, la pratique de

l'enseignement, la pratique de la gestion et la pratique de la recherche (Nadot et al., 2013). Le modèle d'intermédiaire culturel est un modèle inductif et métathéorique, et non un modèle déductif comme la plupart des autres théories de soins. Il trouve sa source dans les traditions des pratiques historiques du soin en institution (Nadot et al., 2013). Ce modèle enveloppe l'activité complète d'une infirmière médiologue de santé et insère les éléments actuels liés à l'évolution de nos institutions de santé. Il met en avant les savoirs complexes et réflexifs des soignants. Il est inscrit dans un paradigme d'antériorité et de continuité en comprenant plusieurs théories de soins, des plus anciennes aux plus récentes (Nadot et al., 2013).

Dans ce modèle conceptuel, les infirmières offrent des prestations de services à trois ensembles (les personnes soignées, le corps médical et le milieu institutionnel). Selon Nadot et al. (2013), le soin et la santé ne sont pas les objets uniques au cœur de l'activité infirmière comme présentés par d'autres écoles de pensées. Il instaure alors un changement de paradigme. La première modélisation des pratiques profanes sert de fondement à la discipline soignante présentée selon le triptyque *domus-familia-hominem*. Le terme *Domus* désigne, « prendre soin de la vie du domaine », *Familia* signifie, « prendre soin de la vie du groupe » et *Hominem* évoque, « prendre soin de la vie de l'homme. » (Nadot et al., 2013). Dans ce modèle, c'est selon ces termes que le système culturel (SC) s'identifie. Les chiffres qui s'en suivent (SC1, SC2, SC3, SC4) indiquent la chronologie d'apparition de l'écriture dans le milieu hospitalier laïc. Le système culturel est composé de connaissances, de valeurs et d'idéologies transmises lors de la professionnalisation (Nadot et al., 2013).

Ci-dessous, la description de chaque culture dans le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot.

### **Grille SC1**

Cette culture représente l'institution et fait le lien avec le *Domus*. Lors de la fondation d'un hôpital, l'institution permet au soignant, en tant que « domestique de maison », de rendre service à cette dernière en la faisant fonctionner. L'institution demande des actions prescrites envers les soignants (fonction prescriptive). Cependant les soignants ne sont pas au service exclusif de l'institution. (Nadot et al., 2013).

### **Grille SC2**

Dans cette culture, le corps médical est à l'honneur et les soignants lui rendent service. Le corps médical peut déléguer des connaissances et attendre en retour, une application de pratiques correctes et sécuritaires par les soignants. C'est la fonction médico-déléguée (fonction prescriptive) (Nadot et al., 2013) qui regroupe la participation à l'identification des maladies, à leur guérison ainsi qu'à leur prévention. Cela représente toutes les tâches utilisant des aides diverses pour les mesures de diagnostics, pour l'administration de traitements ainsi que pour leur suivi (Gross & Busset, 2019).

### **Grille SC3**

Dans le SC3, les interactions entre les infirmières, les personnes soignées et leur entourage se manifestent. C'est une fonction indépendante, réflexive de la part du soignant (Nadot et al., 2013). Autrement dit, il s'agit du « prendre soin » de la personne et de son entourage aussi nommé « la médiation de santé ». L'infirmière va

offrir aux personnes malades un réconfort et proposer des moyens pertinents pour leur rétablissement (Gross & Busset, 2019).

### Grille SC4

Pour Nadot, dans son rôle, l'infirmière gère les actions entre les trois systèmes (SC1, SC2, SC3). Il appelle ce rôle « la position d'intermédiaire culturelle » (Gross & Busset, 2019). Cette position d'intermédiaire culturelle (ou médiologue de santé) est la dernière culture à avoir été identifiée et conceptualisée. C'est alors ce qui guide les pratiques de l'infirmière. C'est à partir de là que la profession infirmière prend son identité (SC4) (Gross & Busset, 2019).

La figure ci-dessous permet de conceptualiser les différents liens entre chaque culture.

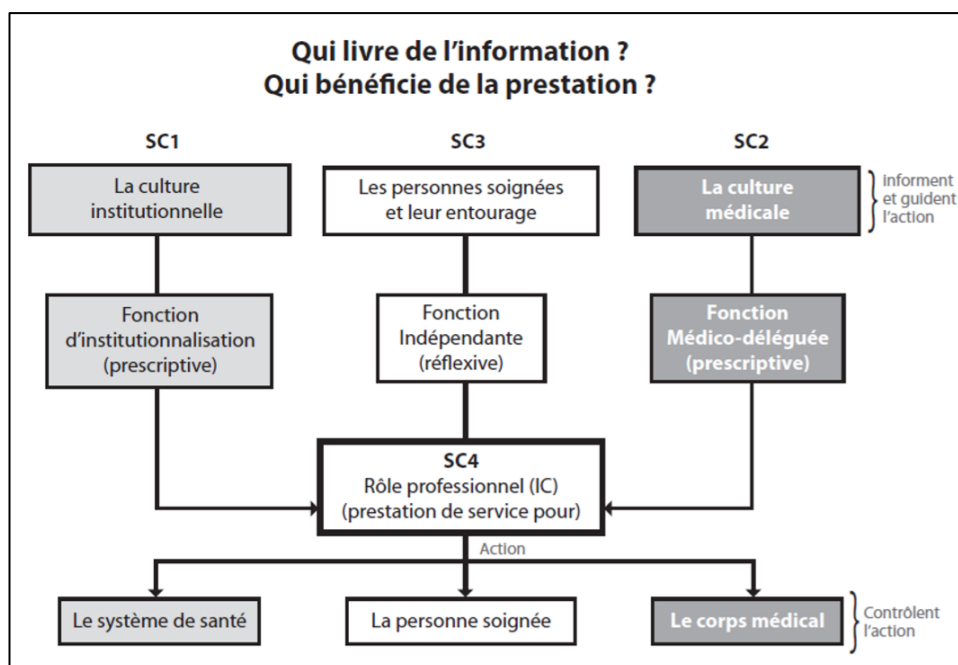


Figure 1 : Modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot  
Tiré de Gross & Busset, 2019

## **Qualité des soins**

Le concept de qualité est l'une des préoccupations des hommes survenue à la suite de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, lors de la mondialisation. En effet, la gestion de la qualité est devenue prioritaire dans n'importe quelle entreprise en passant par des entreprises de construction jusqu'à la santé (Formarier, 2012). En Suisse, c'est lors de la mise en place de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1994 que la qualité des soins s'est ajoutée aux textes de lois (Bovier et al., 2001). En effet, à ce jour, les assurances ne prennent en charge que des prestations de qualité, et non des soins inutiles ou injustifiés.

### **Définition**

Il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins qui ont toutes des atouts. Celle retenue par les auteures est essentielle à la compréhension de cette approche et permet des progrès continus dans le système de santé.

Selon l'OMS, « la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (cité dans Formarier, 2012).

La sécurité des patients fait partie intégrante de la qualité des soins. Le célèbre livre « To Err is Human », publié par l'Institute of Medicine en 1999, a révélé des chiffres surprenants de décès causés par des erreurs médicales chaque année aux



Etats-Unis (Albisetti, 2012). Evidemment, la Suisse n'est pas exemptée. 21,4% des patients d'une étude effectuée dans des centres hospitaliers helvétiques ont rapporté avoir vécu des incidents mettant en danger leur sécurité durant un séjour hospitalier (Albisetti, 2012). Cette découverte a apporté une prise de conscience face aux défauts du système de soins et des mesures correctives à prendre. Ce livre met aussi en avant les causes de ces erreurs et les moyens pour y remédier (Albisetti, 2012).

La notion de sécurité ne se réduit pas seulement à la gestion des risques cliniques mais également à une démarche plus précise qui se veut d'aboutir à une culture de soins plus sûre, axée sur le patient. La culture de la sécurité des patients est alors devenue une préoccupation. Elle se définit par « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins » (Haute Autorité de santé, 2010).

La thématique de cette revue non systématique de littérature correspond parfaitement à ce concept. La qualité des soins et, par conséquent la sécurité des soins font partie intégrante des raisons pour lesquelles cet écrit est réalisé. Les propositions à l'issue de la rédaction de cet ouvrage vont permettre de réduire les risques pour la sécurité des patients en diminuant les ruptures dans la continuité des soins et donc, d'améliorer la qualité des soins.

La qualité des soins peut être reconnue lorsque les soins sont représentés par les mots clés suivants : « efficacité ; sécurité ; efficience ; en temps utile ; centré sur le patient, équité » (Bovier et al., 2001). Les démarches de qualité permettent de

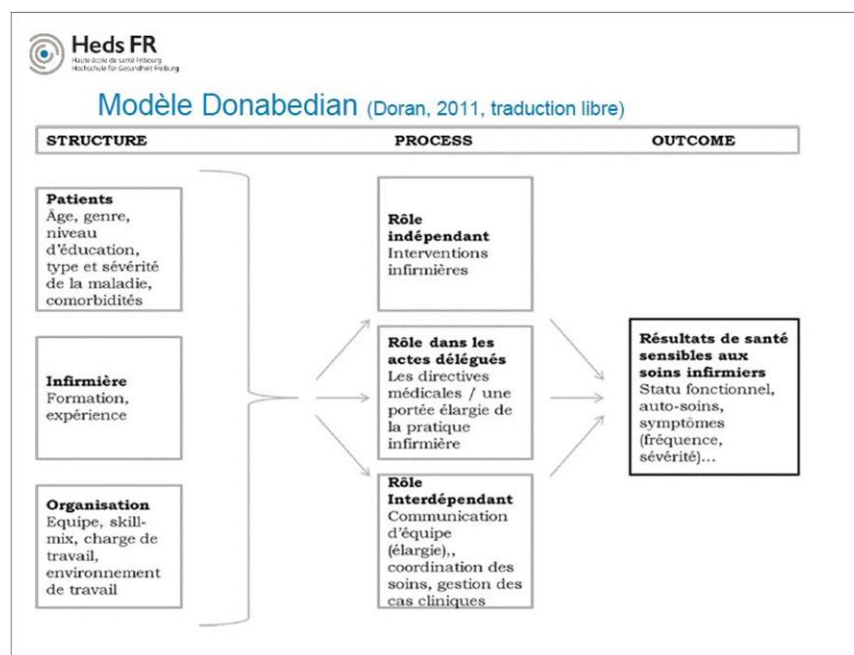
localiser les causes de l'incident afin de pouvoir y remédier (Albisetti, 2012). Les sciences infirmières développent des démarches en qualité des soins en s'appuyant sur les recherches de différents scientifiques tels que Nightingale, Semmelweis ou encore Donabedian. Les auteures ont choisi de se référer au cadre conceptuel de Donabedian pour l'élaboration de ce travail.

### **Cadre conceptuel de Donabedian (1988)**

Le concept de Donabedian est un cadre conceptuel fréquemment utilisé pour comprendre la qualité des soins. Il met en avant la multidimensionalité de la qualité des soins par une approche selon trois aspects :

- *Les structures* se rapportent à l'ensemble des ressources telles que le personnel soignant, les équipements, l'organisation du service, les patients, ... (Schenevey Perroulaz & Cara-Nova, 2019).
- *Les processus* correspondent aux soins effectués auprès des patients, qu'ils soient du ressort du rôle autonome de l'infirmière, du rôle médico-délégué ou encore du rôle interdisciplinaire (Schenevey Perroulaz & Cara-Nova, 2019).
- *Les résultats* désignent l'état de santé du patient à la fin du soin, la satisfaction du patient et du soignant, la qualité de vie, les complications, ... (Schenevey Perroulaz & Cara-Nova, 2019).

Le schéma ci-dessous démontre les différents intervenants et les liens qui peuvent être fait entre eux.



*Figure 2 : Modèle de Donabedian*  
Tiré de Schenevey Perroulaz & Cara-Nova, 2019

Les soins sont des processus multidimensionnels, complexes et qui demandent une expertise objective de tous les composants pour arriver à l'évaluation de leurs qualités. La prise en charge d'un patient engendre l'utilisation du système de soins et le fonctionnement de divers paramètres (Bovier et al., 2001). Les différentes offres proposées par les systèmes de santé, l'arrivée continue de nouvelles connaissances au niveau de la technologie médicale, le savoir sur les risques de certaines interventions ainsi que l'aspect économique des soins, induisent des difficultés à atteindre la perfection dans la qualité des soins (Bovier et al., 2001). Il est donc nécessaire de mettre en place des évaluations systématiques afin d'améliorer au maximum les pratiques.

Lors de transferts de patients entre deux unités de soins, les différents composants du modèle conceptuel de Donabedian font partie intégrante du processus. Selon

Rose et al. (2018), la structure du modèle de Donabedian répond aux exigences complexes des transferts postopératoires entre la salle d'opération et les unités de soins post-anesthésiques. Cet environnement est influencé par différents éléments comme les procédures, les normes de soins ainsi que les pratiques spécifiques à ces unités (Rose et al., 2018). Dans la figure ci-dessous, Rose et al. (2018), ont détaillé les éléments des transferts postopératoires selon le modèle de Donabedian.

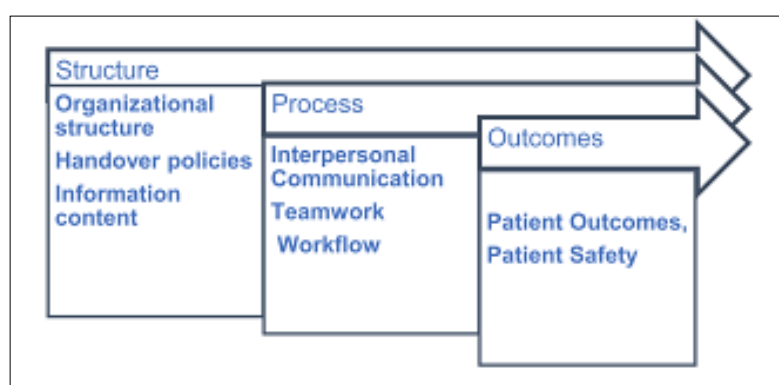


Figure 3 : Modèle Donabedian appliqué aux transferts postopératoires  
Tiré de Rose et al., 2018

### Niveau de qualité

Le niveau de la qualité des soins peut se distinguer en quatre niveaux :

- Les *soins dangereux* où les patients sont en danger. Dans ce cas, les soins prodigués, le manque d'informations et d'éducation thérapeutique font augmenter les coûts de la santé (escarres, infections nosocomiales, ...) (Bovier et al., 2001).
- Les *soins sûrs* sont des prestations correctes en prévention des risques qui se basent sur des données probantes (evidence based nursing) et qui respectent les demandes des patients (Bovier et al., 2001).
- Les *soins de qualité* regroupent des soins sûrs mais qui, en plus, sont centrés sur le patient et personnalisés. Les besoins et les ressources des patients sont

respectés afin d'assurer leur autonomie et leur confort en intégrant l'interdisciplinarité pour que les soins soient coordonnés et semblables pour tous les professionnels (Bovier et al., 2001).

- Les *soins optimaux* correspondent aux soins de qualité tout y en ajoutant deux orientations supplémentaires : la famille du patient qui sont des partenaires importants dans la prise en charge (planification des traitements, des soins, ...) et la présence d'un soignant de référence. De plus, la collaboration interdisciplinaire est assurée en interne ainsi qu'en extra hospitalier. Les soins ne correspondent pas seulement aux soins thérapeutiques mais aussi aux soins relationnels et éducatifs en s'appuyant sur des données issues de la bonne pratique (evidence based nursing) (Bovier et al., 2001).

### **Boucle d'amélioration de la qualité**

Afin d'aboutir à la meilleure qualité possible, il faut que l'ensemble des processus utilisés dans le système complexe des soins soit en permanence évalué et remanié (Bovier et al, 2001). La boucle d'amélioration de la qualité (cycle PDCA- Plan, Do, Check, Act) permet de *planifier* pour prévenir un dysfonctionnement. Il s'agit de l'utilisation de protocoles, d'algorithmes pour guider lors de l'*exécution* du soin. Ensuite, malgré la mise en place de documentations, une *évaluation* est nécessaire. Afin d'aboutir au remaniement de la méthode, il faut ensuite analyser les procédures et prendre les mesures correctives pour obtenir le résultat souhaité (Bovier et al, 2001).

Des niveaux de qualité de soins permettent de situer la pratique infirmière et de mettre en place des mesures d'amélioration (Bovier et al., 2001). Le but étant de tendre au plus haut niveau de qualité, ce qui correspond aux soins optimaux.

Ainsi, les auteures pourront analyser la qualité des transferts postopératoires avec l'utilisation des outils ISBAR/SBAR et check-list ainsi que de l'environnement. Leurs observations leur permettront de suggérer des axes d'améliorations.

## Méthode

### Choix du devis

Afin de répondre à la question de recherche, une revue non systématique de littérature a été élaborée (Senn-Dubey, 2018). Plus précisément, cette revue s'appuie sur cinq études empiriques quantitatives et qualitatives ainsi que sur une revue intégrative de littérature afin de répondre aux questionnements des auteures sur les transferts postopératoires de patients. Ces études ont permis aux auteures d'examiner différents outils utilisés tels que des check-lists ou l'ISBAR - SBAR lors de transferts de patients sortant de la salle d'opération allant vers une unité de soins post-anesthésiques, ainsi que de mesurer l'impact de l'environnement sur ces processus.

### Éléments PICO

La question de recherche de cette revue non systématique de littérature est la suivante : *Quelles influences ont les outils de communication tels que l'ISBAR- SBAR et des check-lists, ainsi que l'environnement sur les processus de transferts post-opératoires entre les équipes interdisciplinaires de soins aigus s'occupant d'une patientèle adulte ?*

Dans le tableau ci-dessous se trouve une présentation des éléments PICO.

<b>P</b>	La population cible concerne les équipes de soins aigus interdisciplinaires avec une patientèle adulte
<b>I</b>	Le phénomène d'intérêt est l'influence des outils de communication utilisés ainsi que de l'environnement lors de transferts postopératoires
<b>Co</b>	Le contexte est les transferts postopératoires de patients entre deux unités de soins aigus soit de la salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs)

Tableau 1 : Éléments PICO



### Critères d'éligibilité

Afin d'affiner les recherches, les auteures ont déterminé les différents critères d'éligibilités pour cette revue de littérature. Ils se trouvent dans le tableau ci-dessous en distinguant les critères d'inclusion, les critères d'exclusion ainsi que les limites et les filtres.

CRITÈRES D'INCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Patientèle adulte</li> <li>✓ Equipe interdisciplinaire ou équipe intradisciplinaire infirmière</li> <li>✓ Contexte hospitalier – transfert postopératoire</li> <li>✓ Soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs)</li> <li>✓ Aucune intervention spécifique</li> <li>✓ Date de publication inférieure à 5 ans</li> <li>✓ Devis d'étude quantitatif – qualitatif</li> <li>✓ Revue de littérature</li> </ul>
CRITÈRES D'EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Patientèle pédiatrique</li> <li>✓ Soins palliatifs</li> <li>✓ Equipe intradisciplinaire médicale</li> <li>✓ Contexte domicile</li> <li>✓ Transferts intra-opératoire</li> <li>✓ Transmissions d'informations écrites</li> <li>✓ Texte non disponible en lecture intégrale</li> </ul>
LIMITES & FILTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Date de publication : &lt; 5 ans</li> <li>✓ Langue : Français &amp; Anglais</li> <li>✓ Zone géographique semblable à la Suisse : USA, Canada, Australie &amp; Nouvelle Zélande, Europe</li> </ul>

*Tableau 2 : Critères d'éligibilité – Limites & Filtres*

Comme vous pouvez le constater, les auteures ont choisi d'exclure la population pédiatrique ainsi que palliative car elles estiment qu'il s'agit de populations trop spécifiques pour intégrer cette revue de littérature. Elles ont favorisé uniquement l'inclusion d'études analysant les interactions entre deux unités distinctes telles que la salle d'opération et les unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs). Elles ont choisi les transferts de patients sortant de la salle d'opération

allant vers une autre unité de soins car le patient présente des risques importants liés à la chirurgie, à l'anesthésie ainsi qu'aux antécédents personnels. Les auteures souhaitent inclure des articles fournissant des informations pouvant être semblables aux données que l'on retrouverait en Suisse. Elles ont choisi d'utiliser des articles dont la publication est très récente afin de fournir les données les plus actuelles aux lecteurs.

### **Processus de recherche**

Pour la création de cette revue non systématique de littérature, les auteures ont effectué leurs recherches d'articles à partir de deux bases de données CINAHL et PUBMED, ainsi que d'un moteur de recherche nommé SCIENTEDIRECT associé à la maison d'édition ELSEVIER. La période de consultation des bases de données CINAHL et PUBMED ainsi que de SCIENTEDIRECT se situait entre novembre 2019 et mai 2020.

Afin d'avoir les mots-clés pertinents pour la recherche d'articles sur les différentes bases de données, les auteures ont commencé par décomposer leur question de recherche afin d'y ressortir les termes spécifiques. A partir de là, chaque terme a été traduit en anglais à l'aide de la plateforme « DEEPL » puis converti en terminologie médicale à grâce à « HeTop ». Ensuite, elles ont terminé par spécifier ces termes en utilisant le thésaurus de PUBMED et de CINAHL afin d'obtenir les MESH TERMS ainsi que les CINAHL HEADINGS correspondants, ce qui leur a permis d'utiliser adéquatement les deux bases de données.

## Description des bases de données

La base de données CINAHL contient des ouvrages consacrées aux sciences infirmières et paramédicales (EBSCO, 2020). Généralement, on y retrouve des études quantitatives et qualitatives. Afin de l'utiliser de manière optimale, les auteures ont utilisé des descripteurs CINAHL tirés du thésaurus. Sur cette base de données elles ont retenu trois études quantitatives et une étude qualitative pour répondre à leur question de recherche.

En second temps, les auteures ont exécuté leurs recherches d'articles sur la base de données PUBMED. Celle-ci est produite par *La National Library of medicine* dans laquelle on y retrouve des revues de biologie et de médecine, principalement anglo-saxonnes (PUBMED, 2020). Afin de pouvoir effectuer des recherches correctement, PUBMED recommande l'utilisation de mots MESH. Sur cette base de données, les auteures ont retenu une revue intégrative de littérature afin d'avoir une synthèse des résultats de plusieurs études.

Finalement, elles ont trouvé leur dernier article grâce à la maison d'édition ELSEVIER. Cette dernière inclut le moteur de recherche SCIENTIFIEDIRECT qui rassemble plusieurs publications scientifiques (Elsevier, 2020). C'est en lisant l'article « Use of a Checklist for the postanesthesia Care Unit Patient Handoff » retenu sur CINAHL qu'elles ont découvert SCIENTIFIEDIRECT. Grâce aux suggestions de ce moteur de recherche, les auteures ont trouvé un article quantitatif les aidant à répondre à leur problématique.

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez les différents mots clés mis en lien avec les éléments PICO et, surlignés en jaune, les termes utilisés dans les équations de recherches.

**Tableau des mots clés**

PICo	MOTS	TRADUCTION ANGLAIS DEEPL	RECHERCHES ANGLAIS HETOP	CINAHL HEADINGS	PUBMED MESH
<b>P</b>	Unité de soins intensifs	Intensive care unit	Intensive care units Critical care units	Intensive care units	Intensive Care Units
	Unité de soins généraux	General care unit Ward based care General Ward	-	Hospital Units	Hospital Units
	Unité post-anesthésie Salle de réveil	Postanesthesia care unit Postanesthesia unit	-	Post Anesthesia Care Units	Postanesthesia Nursing
	Période péri opératoire	Perioperative	Period, perioperative	-	Perioperative Period
	Période postopératoire	Post-operative period	Period, postoperative	Postoperative Period	Postoperative Period
	Salle d'opération	Operating room	Operating room	Operating Rooms	Operating Rooms
	Anesthésie	Anesthesia	Anesthesia	Anesthesia	Anesthesia
<b>I</b>	Communication	Communication	Communication	Communication	Communication
	Outils de transferts	Handover tools	-	Reference Tools	Handover Tools
<b>Co</b>	Transfert de soins	Transfer of care	-	Transfer Care (Saba CCC)	Patient Transfer
	Transfert de patients	Patient Handover Handovers Handoff	Patient Handoff Patient Hand Over Patient Signout	Hand Off (Patient Safety)	Patient Handoff Handover
	Sécurité des patients	Patient safety	Safety, patient	Patient Safety	Patient Safety
	Continuité des soins	Continuity of patient care	Continuity of patient care	Continuity of Patient Care	Continuity of Patient Care
	Évènements indésirables	Adverse events	Injurious effects Side effects Undesirable effects	Adverse Health Care Event	-
	Gestion des risques				Risk Management
	Amélioration de la qualité	Quality improvement	Quality improvement	Quality improvement	Quality Improvement

*Tableau 3 : Mots clés – CINAHL Headings – MESH Terms*

Termes utilisés dans les équations de recherches

## **Stratégie de recherche**

Tout au long des recherches, les auteures ont établi le tableau des mots clés (Tableau 3) permettant de regrouper les MESH TERMS et les CINAHL HEADINGS. Ce tableau a été créé au fur et à mesure de la lecture des articles permettant de créer et de consolider la problématique. En lisant ces différentes études, elles ont repéré les mots clés les plus présents, correspondants et étant les plus pertinents face à la question de recherche. Les mots MESH ainsi que les descripteurs CINAHL ont été sélectionnés en fonction de la question de recherche ainsi que des hypothétiques objectifs de cette revue non systématique de littérature. C'est à partir de ces mots clés que la réalisation des différentes équations de recherches a débuté. Certains mots n'ont pas été utilisés malgré qu'ils aient été présents dans la littérature et qu'ils correspondaient à la question PICO. Grâce aux recherches précédentes, les auteures ont disposé d'assez de mots clés pour satisfaire leurs équations de recherches.

La création des équations de recherches correspondant au mieux aux objectifs de l'ouvrage s'est faite de manière progressive. Les auteures ont débuté par des recherches de larges spectres en utilisant des opérateurs booléens comme « OR ». Puis en fonction des résultats proposés par la base de données, elles ont poursuivi en ciblant les mots MESH et les descripteurs CINAHL correspondant à la question de recherche et ont affiné les possibilités en utilisant des opérateurs booléens plus précis tel que « AND ». Les équations de recherches précises utilisées pour déterminer les articles à analyser ont été insérées dans deux bases de données différentes.

La première équation de recherche a été intégrée dans la base de données CINAHL qui a créé la première sélection d'articles soit 12 articles. Après la mise en place des limites et des filtres, le résultat de l'équation de recherche a diminué pour ne soumettre plus que huit études. A la suite du retrait des articles similaires (doublons) et du tri des ouvrages en fonction de leur titre et de leur résumé, seulement six études restaient adéquates pour répondre à l'objectif de la revue de littérature. Les six articles ont été analysés par les auteures en fonction des critères d'éligibilité. Seulement quatre d'entre eux ont été conservés pour répondre à la question de recherche.

Lors de la lecture d'un des articles, les suggestions de la maison d'édition ELSEVIER ont permis aux auteures de trouver deux autres études. Après une lecture intégrale, un seul des deux articles a été retenu en fonction des critères d'éligibilité. Ainsi, un 4<sup>ème</sup> écrit a été sélectionné pour les aider à résoudre leur problématique.

Après avoir trouvé quatre articles quantitatifs et une étude qualitative, les auteures ont décidé d'effectuer une seconde équation de recherche ayant pour but de trouver une revue de littérature afin d'appuyer les connaissances explicitées dans les devis des études précédentes. Cette équation de recherche effectuée sur PUBMED a permis de trouver deux ouvrages, qui a diminué à un article après la mise en place des limites et des filtres. Cette revue de littérature sur les outils de transmissions permet aux auteures d'élargir leur vision sur les outils proposés ainsi que sur leurs impacts. Cela permettra d'appuyer les différentes données récoltées par les autres études.

Finalement, quatre articles quantitatifs, une étude qualitative ainsi qu'une revue de littérature ont été préservés puis analysés pour la rédaction de cette revue non-systématique de littérature.

### Recherche sur CINAHL

La première équation de recherche effectuée s'est faite sur la base de données CINAHL qui a été décrite précédemment.

<b>BASE DE DONNÉES</b>	CINAHL
<b>ÉQUATION DE RECHERCHE AVEC OPÉRATEURS BOOLÉENS</b>	[Post Anesthesia care unit] AND [Quality Improvement] AND [Hand Off patient safety] AND [Communication]
<b>RÉSULTATS</b>	12 articles
<b>AJOUT FILTRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langues → Anglais &amp; Français</li> <li>• Date de publication → &lt; 5 ans</li> <li>• Zone géographique (semblable à la Suisse) → Australie –Nouvelle-Zélande, Canada, Europe, USA</li> </ul>
<b>NOMBRE D'ARTICLES SÉLECTIONNÉS POUR LECTURE</b>	6 articles
<b>ARTICLES RETENUS POUR ANALYSE ET SYNTHÈSE</b>	<p>4 articles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coleman, K., Redley, B., Wood, B., Bucknall, T., &amp; Botti, M. (2015). Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement. <i>The Journal of Perioperative Nursing in Australia</i>, 28(1), 10–14. <a href="https://doi.org/10.26550/jpn.281.01">https://doi.org/10.26550/jpn.281.01</a></li> <li>• Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., &amp; Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i>, 34(4), 834–841. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007</a></li> <li>• Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., &amp; Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. <i>The Journal of Perioperative Nursing in Australia</i>, 29(1), 30–35. <a href="https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001">https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001</a></li> <li>• Krimminger, D., Sona, C., Thomas-Horton, E., &amp; Schallom, M. (2018). A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers. <i>American Journal of Nursing</i>, 118(2), 48–59. <a href="https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60">https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60</a></li> </ul>

Tableau 4 : Recherche sur CINAHL



### Recherche sur SCIENTEDIRECT via ELSEVIER

Grâce à l'un des articles trouvés lors de la première équation de recherche sur CINAHL (Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff), la maison d'édition ELSEVIER a été mise en évidence. Cette dernière a proposé des suggestions d'articles traitant de données similaires. C'est donc grâce aux suggestions du moteur de recherche SCIENTEDIRECT que les auteures ont trouvé le 4<sup>ème</sup> article allant les aider à répondre à leur problématique.

<b>MOTEUR DE RECHERCHE</b>	SCIENTEDIRECT
<b>MAISON D'ÉDITION</b>	ELSEVIER
<b>NOMBRE D'ARTICLES SÉLECTIONNÉS POUR LECTURE</b>	2 articles
<b>ARTICLES RETENUS POUR ANALYSE ET SYNTHÈSE</b>	<p>1 article</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Burns, S., Parikh, R., &amp; Schuller, K. (2018). Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. <i>Perioperative Care and Operating Room Management</i>, 13(July), 1–5.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2018.10.002">https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2018.10.002</a></li> </ul>

Tableau 5 : Recherche sur SCIENTEDIRECT via ELSEVIER

### Recherche sur PUBMED

La seconde recherche a été effectuée sur PUBMED. Cette base de données a été décrite précédemment. Le but de cette recherche est de trouver une revue de littérature permettant de varier les documents utilisés et d'offrir une vision plus élargie à cet ouvrage.

<b>BASE DE DONNÉES</b>	PUBMED
<b>ÉQUATION DE RECHERCHE AVEC OPÉRATEURS BOOLÉENS</b>	[Postoperative Periods] AND [Handover] AND [Handover Tools] AND [Communication]
<b>RÉSULTATS</b>	2 articles
<b>AJOUT FILTRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langues → Anglais &amp; Français</li> <li>• Date de publication → &lt; 5 ans</li> <li>• Revue de littérature</li> </ul>
<b>NOMBRE D'ARTICLES SÉLECTIONNÉS POUR LECTURE</b>	1 article
<b>ARTICLES RETENUS POUR ANALYSE ET SYNTHÈSE</b>	1 article <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rose, M. W., Newman, S., &amp; Brown, C. (2018). Postoperative Information Transfers: An Integrative Review. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i>, 34(2), 403-424.e3. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096</a></li> </ul>

Tableau 6 : Recherche sur PUBMED

### **Sélection des études**

Les équations de recherches ont permis de cibler les études en lien avec la question de recherche. De plus, deux autres articles supplémentaires (suggestion ELSEVIER) ont été ajoutés aux articles sélectionnés. La première méthode appliquée pour diminuer le nombre d'articles est l'emploi des limites et des filtres (Tableau 2). Après cette application, le nombre d'articles a déjà passablement diminué. Ensuite, le tri des doublons a été effectué manuellement par les auteures en comparant les différents résultats des équations de recherches. Cela a permis d'éliminer un article supplémentaire. Dans un second temps, les auteures ont lu tous les titres ainsi que les résumés des articles restants. Puis, elles ont décidé d'inclure ou d'exclure des articles en fonction des critères d'éligibilité (Tableau 2). Trois articles ont été exclus. Deux des articles exclus ne correspondaient pas aux critères d'inclusion vu que l'un d'eux étudiait les transmissions écrites et le second les transferts intra-opératoires. Le troisième article exclu ne permettait pas une lecture intégrale de son texte. A la suite de ces étapes, les auteures ont pu relever six écrits leur permettant de répondre à leur question de recherche.

## Diagramme de flux

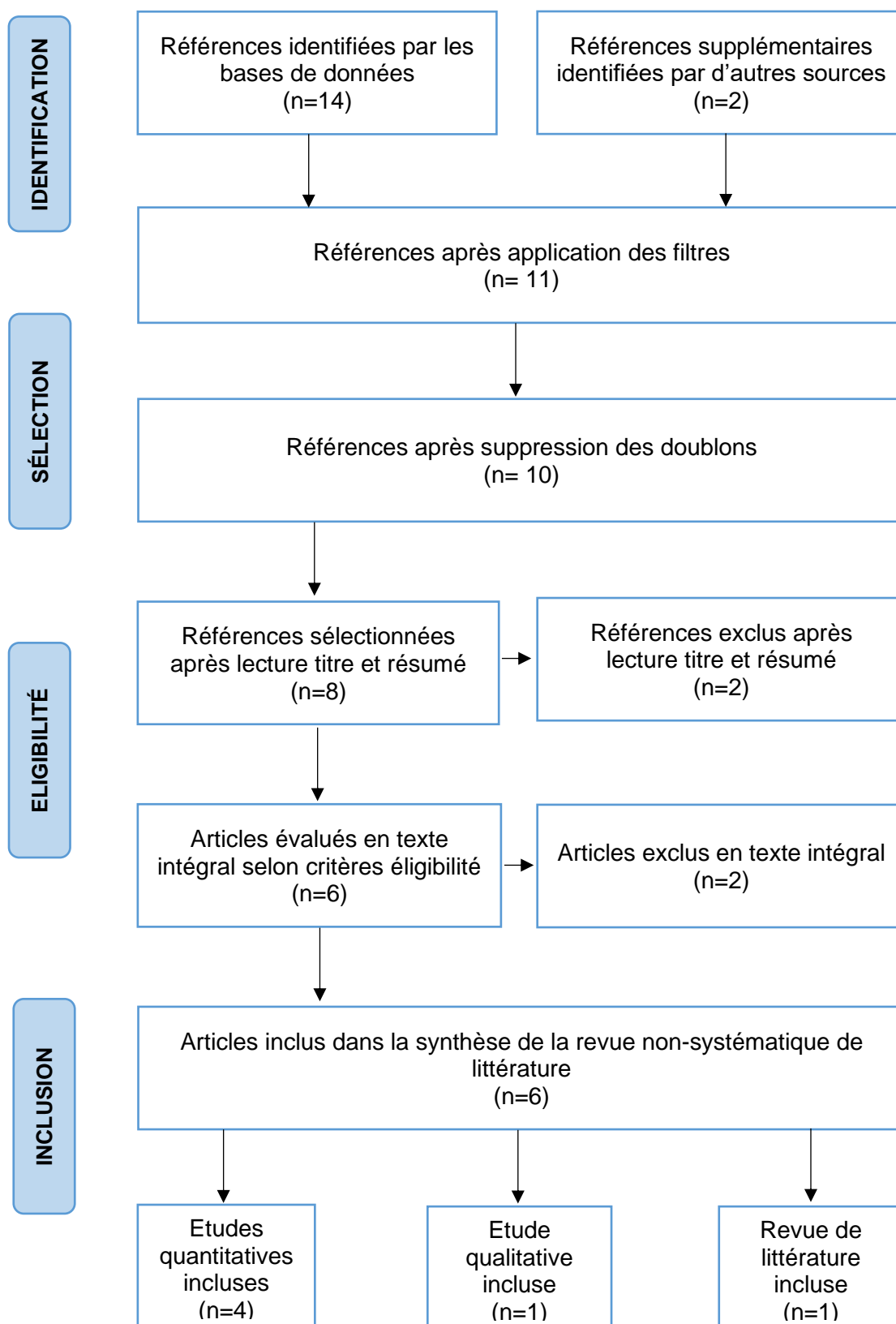


Figure 4 : Diagramme de flux

### **Extraction des données**

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche, les auteures ont extrait les données des six articles sélectionnés pour la création de cette revue de littérature (Tableau 7). À l'aide des grilles de résumé et de lecture critique, les auteures ont pu décrire les études, évaluer leur qualité, en faire l'analyse, puis la synthèse. La grille de résumé permet de comprendre et de s'appropriier le contenu de l'article. De son côté, la grille de lecture critique permet l'évaluation de la qualité méthodologique. Ces grilles ont été fournies aux auteures par la HES-SO (Boukar, 2020) et proviennent du livre « Fondements et étapes du processus de recherche » (Fortin & Gagnon, 2016).

Pour commencer, les auteures ont décidé de lire et d'analyser le même article afin de mettre leurs réponses en commun, et s'assurer d'une compréhension ainsi que d'une analyse identique. Pour les cinq articles restants, elles se les sont départagés de façon à avoir une charge de travail équitable. Afin de procéder de manière efficace à l'extraction des données et que chacune d'entre elles puissent prendre connaissance de tous les articles, l'une des auteures remplissait la grille de résumé et l'autre auteure, quant à elle, remplissait la grille de lecture critique (Appendice C). Ceci leur a permis d'avoir une vue d'ensemble de chaque étude et de pouvoir se compléter lors de la création du tableau récapitulatif (Appendice B). Ce dernier, permet de rendre visible les six articles retenus et de mettre en évidence la synthèse de leur contenu.

**Tableau des articles sélectionnés**

Articles sélectionnés				
Date de publication	Auteurs	Titre	Type	Journal
2018	Krimminger, Dawn Sona, Carrie Thomas-Horton, Elaine Schallom, Marilyn	A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers	Etude quantitative	American Journal of Nursing
2015	Coleman, Kimberley Redley, Bernice Wood, Beverley Bucknall, Tracey Botti, Mari	Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement	Etude qualitative	The Journal of Perioperative Nursing in Australia
2016	Kitney, Patricia Tam, Raymond Bennett, Paul Buttigieg, Dianne Bramley, David Wang, Wie	Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study	Etude quantitative	Acorn, Journal of perioperative nursing
2018	Burns, Stacey Parikh, Reena Schuller, Kimberley	Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process	Etude quantitative	Perioperative Care and Operating Room Management
2019	Halterman, Reed S. Gaber, Mohamed Janjua, Muhammad S.T. Hogan, Gerard T. Cartwright, Sarah M.I.	Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff	Etude quantitative	Journal of Perianesthesia Nursing
2018	Rose, Monica W. Newman, Susan Brown, Courtney	Postoperative Information Transfers: An Integrative Review	Revue de littérature	Journal of Perianesthesia Nursing

*Tableau 7 : Articles sélectionnés*

## Résultats

### Études sélectionnées

Pour constituer cette revue non systématique de littérature les auteures se sont basées sur six articles qui vont permettre de répondre à leur question de recherche (Tableau 7). Ces articles démontrent l'influence des outils de communication et de l'environnement sur les transferts de patients postopératoires (salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques). Assurer des transmissions adéquates permet de garantir la sécurité du patient et la continuité des soins. Certaines études ont aussi permis de détecter les facteurs qui posent problèmes lors de l'introduction d'un outil de transmission.

Pour trouver les six études, les auteures ont effectué leurs recherches à partir de deux bases de données CINAHL et PUBMED ainsi qu'à partir du moteur de recherche SCIEDIRECT. Le diagramme de flux (Figure 4) présente le processus de recherches et la sélection des articles. Les auteures ont retenu quatre articles quantitatifs dont deux avec un devis descriptif longitudinal (Krimminger et al., 2018 ; Halterman et al., 2019), un 3<sup>ème</sup> avec un devis quantitatif observationnel prospectif (Burns et al., 2018) puis une dernière étude quantitative explicative longitudinale (Kitney et al., 2016). Elles ont aussi utilisé une étude qualitative phénoménologique descriptive (Coleman et al., 2015) ainsi qu'une revue intégrative de littérature (Rose et al., 2018). Les articles retenus pour cette revue ont tous été réalisés entre 2015 et 2019. A partir de là, les auteures ont extrait les données pertinentes des articles à l'aide des grilles de résumé et de lecture critique (Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

Dans les articles retenus, la population étudiée rassemble une patientèle adulte. Cependant, la tranche d'âge cible n'est pas démontrée. Il n'est pas spécifié s'il s'agit



de femmes ou d'hommes. Les principaux intervenants impliqués dans les transferts de patients étaient des infirmières des unités de soins post-anesthésiques (Krimminger et al., 2018 ; Coleman et al., 2015 ; Kitney et al., 2016 ; Burns et al., 2018 ; Halterman et al., 2019 ; Rose et al., 2018) et le personnel d'anesthésie (médecins, résidents en anesthésie et infirmières certifiées en anesthésie) (Burns et al., 2018 ; Halterman et al., 2019 ; Rose et al., 2018 ; Kitney et al., 2016 ; Krimminger et al., 2018 ; Coleman et al., 2015) ainsi que des infirmiers de l'unité de soins intensifs (Krimminger et al., 2018 ; Rose et al., 2018). Dans l'étude de Krimminger et al. (2018), un physiothérapeute respiratoire a aussi été observé. Il n'est jamais précisé le nombre d'intervenants observés mis à part dans l'étude qualitative menée par Coleman et al. (2015). Dans celle-ci, 17 infirmières des unités de soins post-anesthésiques, de deux hôpitaux différents, ont été observées lors de transferts de patients venant de la salle d'opération. Cet échantillon a été coupé en quatre sous-groupes (Hôpital 1 : F1 ; F2 et Hôpital 2 : F1 ; F2). Dans les études quantitatives descriptives longitudinales, une étude a examiné 38 transferts en pré-intervention et 38 transferts en post-intervention (Krimminger et al., 2018). La 2<sup>ème</sup> étude a observé 78 transferts en pré-intervention et 60 transferts en post-intervention (Halterman et al., 2019). Dans l'étude quantitative explicative longitudinale (Kitney et al., 2016), un total de 283 transferts entre pré et post-intervention ont été évalués et cela dans deux hôpitaux différents (hôpital A= 148 transferts, hôpital B= 135 transferts). Pour l'étude quantitative observationnelle prospective de Burns et al. (2018), un total de 100 transferts a été observé dont 50 transferts en pré-intervention et 50 en post-intervention. Finalement dans la revue intégrative de littérature, ce sont 17 articles qui ont été retenus pour l'analyse (Rose et al., 2018).

La totalité des études sélectionnées se sont déroulées dans des hôpitaux, précisément dans des services de soins aigus. Il s'agissait de transfert de patients de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques (Coleman et al., 2015 ; Kitney et al.,

2016 ; Burns et al., 2018 ; Halterman et al., 2019 ; Rose et al., 2018), ou vers l'unité des soins intensifs (Krimminger et al., 2018 ; Rose et al., 2018). D'autre part, l'une des études a été effectuée dans un contexte d'hôpitaux privés (Coleman et al., 2015).

Toutes les études sont écrites en anglais (Burns et al., 2018 ; Coleman et al., 2015 ; Halterman et al., 2019 ; Kitney et al., 2016 ; Krimminger et al., 2018 ; Rose et al., 2018). Deux des six articles ont été effectuées en Australie (Kitney et al., 2016 ; Coleman et al., 2015). Trois autres, aux Etats-Unis (Krimminger et al., 2018 ; Burns et al., 2018 ; Rose et al., 2018) et une étude a été réalisée dans l'Est de la Géorgie (Halterman et al., 2019). Ces pays ayant un niveau de vie, une pratique professionnelle ainsi qu'une culture semblable à la Suisse, les auteures considèrent que les données sont alors généralisables envers la Suisse.

Chaque étude a utilisé différents instruments pour collecter ses données mais il en ressort des similitudes. L'étude de Krimminger et al. (2018) utilise un instrument pour évaluer les erreurs de processus de transferts et les erreurs de partages d'informations. Une autre étude utilise également un formulaire d'évaluation de transferts pour examiner les omissions d'informations critiques dans les processus (Halterman et al., 2019). De plus, Halterman et al. (2019) ont également évalué le pourcentage de rapports complets donnés et ils ont examiné l'utilisation de leur outil « PACU SBAR ». Une autre étude a développé un outil pour mesurer la conformité aux éléments de l'ISBAR (Kitney et al., 2016). Deux études ont, quant à elles, évalué la satisfaction des prestataires (Krimminger et al., 2018 ; Burns et al., 2018). L'une d'entre elle récolte les données sous forme de sondages et évalue la satisfaction grâce à l'utilisation d'une échelle de type Likert (Krimminger et al., 2018). La seconde évalue la satisfaction du prestataire à l'aide d'un formulaire de recueil de données, la personne devait

simplement mentionner si le transfert lui semblait « adéquat » ce qui signifiait que le rapport verbal lui a permis de commencer la prise en charge sans avoir à rechercher des informations supplémentaires (Burns et al., 2018). Dans l'étude qualitative sélectionnée, des questions semi-structurées ont été utilisées pour guider les groupes de discussion. Ces discussions ont été enregistrées sur bandes audio, transcrites mots à mots et dépersonnalisées pour être analysées (Coleman et al., 2015). Dans une autre étude, l'observateur recueillait les données à l'aide d'un formulaire de collecte de données qui contenait dix éléments d'informations importantes du rapport (identification du patient, antécédents médicaux, allergies, médicaments administrés, antibiotiques, apport et débit, perte de sang estimée, accès IV, gestion de la douleur, zone préoccupante) (Burns et al., 2018). La durée du transfert a généralement été documentée sur le même formulaire que celui utilisé pour la collecte de données (Burns et al., 2018 ; Krimminger et al., 2018). Pour la revue intégrative de la littérature menée par Rose et al. (2018), toutes les études ont été classées et catégorisées. Ces dernières ont été conçues pour différencier facilement les études en se basant sur l'intervention (pré-intervention et post-intervention).

Chacune des cinq études primaires (quatre quantitatives et une qualitative) a utilisé une méthode de pré/post-intervention afin d'évaluer la conformité du nouvel outil standardisé mis en place dans les unités. Afin de former les équipes au nouvel outil, elles ont utilisé diverses interventions. Dans l'étude menée par Krimminger et al. (2018), les équipes impliquées dans les transferts ont été formées entre décembre 2013 et janvier 2014. Cependant, il n'y a pas de précision sur le type de formation hormis que le modèle de rapport a été placé dans chaque salle de soins intensifs et qu'ils ont aussi reçu des affiches ainsi que des cartes de poche du modèle standardisé (Krimminger et al., 2018). De même pour l'étude d'Halterman et al. (2019) qui ont

mis à disposition des mini-cartes à porter derrière le badge d'identification et ont accroché des cartes plastifiées aux ordinateurs situés dans l'unité de soins post-anesthésiques. Dans le même fonctionnement, Kitney et al. (2016) ont fixé aux murs de toutes les unités de soins post-anesthésiques des affiches grand format présentant les éléments de l'ISBAR. De plus, le personnel soignant (anesthésistes et infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques) a reçu une formation sur les performances actuelles en matière de transferts en s'appuyant sur des preuves d'amélioration lors de l'introduction d'un transfert clinique structuré (Kitney et al., 2016). Dans l'étude de Burns et al. (2018), une formation a été dispensée aux équipes en présentant la liste de contrôle de transfert standardisée avec des présentations « PowerPoint » et autres diverses documentations. Des échanges sous forme de questions-réponses ont eu lieu pour limiter les incompréhensions (Burns et al., 2018). Pour Halterman et al. (2019), la liste de contrôle insérée dans l'outil SBAR a été présentée à l'ensemble de la médecine anesthésique et de l'équipe péri-opératoire. De plus, chaque infirmière recevait une feuille avec les éléments pertinents pour écrire le rapport (Halterman et al., 2019). Dans l'étude qualitative de Coleman et al. (2015), un clinicien formé a lui-même dispensé une formation aux autres membres du personnel et les a soutenus ainsi qu'encouragés à l'utilisation des outils. Dans la revue intégrative de Rose et al., (2019), les études sélectionnées ont, quant à elles, aussi utilisé une méthode de pré/post-intervention. Elles démontrent toutes des résultats positifs quant à l'utilisation d'outils de transferts standardisés dans ces unités spécifiques. Ainsi, la revue intégrative de littérature appuie les résultats des cinq autres études primaires retenues (Rose et al., 2018).

Un des atouts de cette revue non systématique de littérature est que l'ensemble des six études analysées ont été effectuées dans le même contexte c'est-à-dire entre la salle d'opération et les unités de soins post-anesthésiques ou de soins intensifs

(Burns et al., 2018; Coleman et al., 2015; Halterman et al., 2019 ; Kitney et al., 2016; Krimminger et al., 2018 ; Rose et al., 2018), ce qui permet aux auteures d'avoir un contexte identique à leur question de recherche. L'étude qualitative de Coleman et al. (2015) a été effectuée dans deux cliniques privées ce qui peut causer un biais à la généralisation envers les hôpitaux publics. De plus, le contexte précis des soins aigus peut présenter une limite car il n'est pas possible de transférer les résultats à d'autres contextes (services de soins généraux ou autres institutions.).

Pour deux études, il y a un risque d'effet Hawthorne en augmentant la précision des informations transmises lors du transfert de patients car les prestataires se sentaient observés-surveillés, ce qui peut influencer les résultats des études (Burns et al., 2018; Halterman et al., 2019). Cependant pour Halterman et al. (2019), la collecte des données était anonyme ce qui limite le biais. Deux autres articles présentent des tailles d'échantillons relativement petites, ce qui peut être une autre limite des études (Burns et al., 2018; Coleman et al., 2015). Les auteures n'ont sélectionné que des études rédigées en anglais. Le risque d'un biais de sélection peut s'être produit en omettant des études pertinentes publiées dans d'autres langues. Les quatre études quantitatives (Burns et al., 2018; Halterman et al., 2019; Kitney et al., 2016; Krimminger et al., 2018) et l'étude qualitative (Coleman et al., 2015) sont de niveau III sur l'échelle de RNAO (Boukar, 2018). Afin de consolider les preuves, la revue menée par Rose et al. (2018) a un niveau I sur l'échelle de RNAO (Boukar, 2018). Ce travail détient donc un fondement solide avec des ouvrages de différents niveaux de preuves.

L'approbation éthique a clairement été démontrée pour cinq des études sélectionnées pour l'élaboration de cette revue non systématique de littérature (Burns et

al., 2018; Coleman et al., 2015; Halterman et al., 2019 ; Kitney et al., 2016; Krimminger et al.). Cependant, aucune information n'est mentionnée sur l'approbation éthique de la revue intégrative de littérature analysée, hormis qu'aucun conflit d'intérêt n'a été signalé (Rose et al., 2018). Pour l'étude qualitative de Coleman et al. (2015), l'approbation éthique a été obtenue dans les deux hôpitaux choisis ainsi qu'à l'université affiliée. Dans une des études quantitatives, l'assurance qualité a été examinée par le Western Low Risk Research and Ethics Panel qui lui a attribué l'approbation (Kitney et al., 2016). Deux études ont été approuvées par le comité d'examen institutionnel de l'université (CISR) (Krimminger et al., 2018 ; Halterman et al., 2019). De plus, le CISR a accordé à Krimminger et al. (2018) une renonciation au consentement du patient, car aucun renseignement personnel sur les patients n'a été enregistré. Pour Halterman et al. (2019), la protection des sujets humains a été assurée par deux CISR, celui de l'université de Floride ainsi que celui de l'université d'Augusta. Une dérogation leur a également été accordée car le projet ne répondait pas à la définition de la recherche sur des sujets humains. Puis, l'étude quantitative observationnelle prospective a reçu l'approbation éthique du comité d'examen institutionnel d'Albany Medical Center (Burns et al., 2018). Pour deux études, la participation du personnel était volontaire (Krimminger et al., 2018 ; Burns et al., 2018). Les prestataires avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment (Krimminger et al., 2018 ; Burns et al., 2018). Cependant, pour Krimminger et al. (2018), une liste des prestataires refusant de participer a été tenue. Pour trois des études, la participation des fournisseurs de transferts était anonyme (Krimminger et al., 2018 ; Burns et al., 2018 , Halterman et al., 2019 ). En plus de l'anonymat, le personnel d'anesthésie n'était pas informé de la récolte de données (Halterman et al., 2019). Pour plusieurs études, il n'y a pas d'information quant à l'anonymat et au volontariat de la participation des prestataires de soins (Coleman et al., 2015; Kitney et al., 2016; Rose et al., 2018).

La première étude sélectionnée (Krimminger et al., 2018) a comme objectif d'évaluer l'impact des listes de contrôle (check-lists) sur la fréquence d'erreurs ainsi que sur le processus de partages d'informations lors de transferts entre la salle d'opération et l'unité de soins intensifs. Le second objectif est d'examiner la satisfaction des prestataires du transfert. Les résultats de cette étude permettent de répondre d'une manière élargie à la question de recherche des auteures. La méthode quantitative permet une vision précise de l'impact des check-lists sur la sécurité du transfert. L'échantillon de l'étude regroupe les équipes multidisciplinaires gravitant autour de ce processus complexe. Les interventions appliquées n'ont pas été spécifiées hormis la distribution de cartes de poche du protocole standardisé et son affichage sur les murs des salles de soins. Un observateur (infirmière formée) a évalué les transferts à l'aide d'un formulaire d'observation. L'absence d'observations le week-end et la nuit signifient que les transferts effectués lorsqu'il y avait moins de personnel étaient susceptibles d'avoir limité l'exactitude des résultats. De plus, une autre limite de l'étude est que 7% des prestataires de soins, toutes infirmières, ont refusé de participer à l'étude. Par conséquent, certaines infirmières ont probablement été observées à plusieurs occasions, ce qui peut avoir faussé les résultats. Malgré ces limites, l'étude permet tout de même de démontrer des résultats significatifs après la mise en place d'un processus de transferts standardisés. Le nombre moyen d'erreurs de processus par transfert a considérablement diminué entre les périodes pré et post-intervention, passant de  $6,1 \pm 2,8$  à  $1,7 \pm 1,5$  ( $P < 0,001$ ) et le nombre moyen d'erreurs de partages d'informations par transfert a également diminué de manière significative de  $5,2 \pm 2,7$  à  $2,3 \pm 1,5$  ( $P < 0,001$ ). Le temps de transfert a légèrement augmenté, passant de  $13,2 \pm 6,8$  minutes à  $14,6 \pm 3,8$  minutes, mais l'augmentation n'était pas statistiquement significative. Les réponses à tous les éléments de l'enquête sur la

satisfaction des prestataires ont montré une amélioration dans la période post-intervention mais toutes les améliorations n'étaient pas statistiquement significatives.

Une étude qualitative phénoménologique descriptive (Coleman et al., 2015) a été sélectionnée. Cette dernière a pour but d'explorer les relations interprofessionnelles en matière d'adoption d'outils d'amélioration de la qualité destinés à standardiser les transferts interdisciplinaires du bloc opératoire à l'unité de soins post-anesthésiques. Grâce à cette étude, les auteures pourront répondre à leur question de recherche par rapport à l'impact de l'utilisation des outils de communication et l'influence de l'environnement (équipe, direction). Les participants étaient 17 infirmières qui travaillent dans l'unité de soins post-anesthésiques de deux cliniques privées australiennes. Le petit nombre de participants ainsi que l'accent particulier mis sur le secteur privé (médecins = clients) présentent des limites de l'étude. Malgré cela, les auteures ont choisi de la conserver car il s'agit d'un devis qualitatif qui apporte un complément important aux données quantitatives très présentes dans les autres études retenues. De plus, elle permet d'avoir une vision de l'influence des outils de transferts non seulement sur les erreurs ou omissions mais aussi sur les équipes de soins. Les outils utilisés pour normaliser le transfert sont les suivants : *Outil de processus "COLD" (Connect, Observe, Listen, Delegate)* / *Outil de contenu de transfert "ISoBAR"* / *Liste de contrôle de sécurité en 10 points*. Afin d'analyser l'impact de ces outils sur les prestataires, des groupes de discussion ont eu lieu. Les premiers groupes de discussion ont été organisés avant l'introduction des outils d'amélioration du transfert postopératoire et les seconds ont eu lieu entre trois et cinq mois après la mise en œuvre pour permettre l'adoption des outils. L'analyse s'est faite à l'aide de la méthode du cadre qualitatif qui s'inspire des trois concepts clés du modèle PARiHS (contexte, preuve, facilitation). Les résultats ont été présentés en fonction de ces



modèles clés. En post-intervention, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques affirment que les outils d'amélioration du transfert leur ont fourni une source utile de connaissances sur les pratiques de transferts et les ont aidées à identifier les lacunes dans leurs pratiques de transferts. Les infirmières estiment que les distractions ou les interruptions pendant le transfert verbal nuisent à la qualité du transfert postopératoire. De plus, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré se sentir intimidées par les comportements et les humeurs des anesthésistes les limitant dans l'utilisation des outils de transferts. Puis, les analyses de la facilitation (modèle PARiHS) ont révélé que le rôle de la direction a une influence majeure sur le succès de la mise en œuvre des outils d'amélioration de la qualité des transferts.

L'étude suivante est une étude quantitative explicative longitudinale (Kitney et al., 2016) ayant pour but d'évaluer l'effet d'un programme d'éducation à l'outil de communication ISBAR sur les transferts de patients vers l'unité de soins post-anesthésiques. Cet objectif soutient les auteures dans leur recherche. L'intervention a consisté en deux stratégies. Une première session de formation éducative a été organisée à l'intention des anesthésistes et des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques sur les performances actuelles en matière de transfert. Les sessions de formation étaient principalement de nature didactique, présentant des preuves quant à l'introduction d'un transfert clinique structuré. Et deuxièmement, le modèle de transfert ISBAR a été présenté. Des fiches de ce modèle ont été fixées aux murs de toutes les unités de soins post-anesthésiques. Des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont été formées pendant les deux sessions de formation pour réaliser les audits (13 items). Les audits réalisés ont été placés dans une boîte sécurisée puis ont été recueillis à la fin de la période. Des tableaux croisés ont été utilisés pour

déterminer s'il y avait des différences significatives entre le pré-audit (audit 1) et le post-audit (audit 2) sur les 13 points d'intérêt. Au total, 283 passages de relais ont été examinés. Les résultats ont démontré des améliorations significatives entre les deux audits pour l'un des deux hôpitaux en ce qui concerne les composants « A → évaluation » (cardiovasculaire  $P<0,05$ , respiratoire  $P<0,05$ , antalgie  $P<0,05$ ) et « R → recommandation »  $P<0,05$  de l'outil ISBAR. Dans le second hôpital, les différences significatives d'amélioration entre les deux audits ont concerné les éléments « B → contexte »  $P<0,01$  de l'outil ISBAR. Cependant, des diminutions significatives ont concerné les éléments « A → évaluation » (respiratoire  $P<0,01$ ) et « R → recommandation »  $P<0,01$  de l'outil ISBAR. Globalement, ces résultats démontrent l'amélioration des informations transmises, bien que cela a aussi engendré des pertes d'informations. De plus, d'autres outils tel que l'ISOBAR et le SBAR, n'ont pas été évalués, les auteures ont choisi de conserver cette étude car elle détaille les composants de l'outil ISBAR utilisé dans leur revue de littérature. Cette étude présente un niveau de preuve III sur l'échelle RNAO (Boukar, 2018).

Le but de la 4<sup>ème</sup> étude (Burns et al., 2018) est de créer une liste de contrôle de transferts des patients de la salle d'opération à la salle de réveil, d'évaluer son utilisation ainsi que la satisfaction des utilisateurs. Cette étude intègre tous les membres composant la période péri-opératoire (les médecins, les résidents en anesthésie, les infirmières en anesthésies). Au total, 100 transferts ont été observés (50 transferts dans la phase pré-intervention et 50 transferts dans la phase post-intervention). Ces passages de relais ont été choisis au hasard afin d'obtenir un échantillon généralisé qui reflète toutes les complexités de la patientèle. Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle prospective qui démontre ce que propose l'utilisation d'une liste de contrôle aux équipes de soins. Cette étude présente plusieurs limites telles que les

tailles des échantillons qui sont relativement petites ainsi que l'effet Hawthorne qui peut avoir influencé les résultats de l'étude, en augmentant la précision des informations transmises car les prestataires se sentaient observés-surveillés. De plus, la satisfaction des infirmières a été mesurée par une seule question. Des informations pertinentes auraient pu être obtenues en utilisant une enquête plus détaillée. Les auteures ont tout de même sélectionné l'étude pour son apport en nouvelles connaissances sur les listes de contrôles (Niveau de Preuve III sur l'échelle RNAO <sup>(Boukar, 2018)</sup>). Le formulaire de collecte de données normalisé utilisé dans les observations de passages de relais comporte trois chapitres :

- Le score sur une échelle de dix points comprenant les points suivants :  
identification du patient, antécédents médicaux, allergies, médicaments administrés, antibiotiques, apport et débit, perte de sang estimée, accès IV, gestion de la douleur, zone préoccupante (score de transfert total serait de 10/10, ou 100%)
- La durée du transfert en seconde
- La satisfaction du prestataire du transfert (score adéquat ? oui-non).

L'étude a eu lieu en trois phases : la phase de pré-intervention (quatre semaines) dans laquelle 50 transferts ont été évalués. La phase d'intervention dans laquelle une présentation de la liste de contrôle aux équipes a été faite ainsi que la mise en place de séances formatives sur le nouveau protocole avec comme support des présentations PowerPoint et de la documentation supplémentaire. Puis, la phase post-intervention a eu lieu deux semaines après la formation. A nouveau, 50 transferts ont été observés et évalués. Les résultats ont démontré une amélioration significative ( $P = < 0.001$ , donc valeur  $< 0.05$ ) des scores moyens de transmissions des éléments d'informations critiques entre les récoltes de données avant et après la

mise en place des interventions : passage de 50.8% à 89%. Une augmentation significative ( $P = < 0.001$ , donc valeur  $< 0.05$ ) de la durée moyenne du transfert entre les récoltes de données avant et après la mise en place des interventions : passage de 66 sec. à 88.9 sec. Puis, comme dernière amélioration significative ( $P = < 0.0001$ , donc valeur  $< 0.05$ ) la satisfaction des prestataires de transferts entre les récoltes de données avant et après mise en place des interventions : passage d'une satisfaction à 60% vers une satisfaction à 96%, soit une amélioration de 36%.

L'étude suivante (Halterman et al., 2019) a pour objectif d'améliorer la qualité du transfert de connaissances et de diminuer les omissions pendant le transfert de patients entre le personnel d'anesthésie et le personnel de l'unité de soins post-anesthésiques à l'aide d'une liste de contrôle. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale. L'échantillon se compose de 22 médecins anesthésistes, 37 résidents en anesthésie, 30 infirmières anesthésistes certifiées et de 20 infirmières en soins généraux. L'intervention consistait à mettre en place une liste de contrôle intégrée à l'outil de transfert SBAR et de la présenter à l'ensemble des unités d'anesthésie et de soins post-anesthésiques. Par la suite, le processus d'éducation a démarré avec la distribution de cartes de poche plastifiées, la présence d'affiches près des ordinateurs, des formations, divers documents disponibles, etc. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques récoltaient les informations aléatoirement en pré et post intervention sans en informer le prestataire du rapport, grâce à la feuille d'évaluation regroupant l'utilisation de l'outil de transfert SBAR ainsi que la liste de contrôle contenant les éléments critiques (procédure, allergies, entrée et sortie, antiémétique, cathéters). De plus, les infirmières notaient si les rapports fournis étaient complets. Cette étude intéresse les auteures par son association des deux outils de communication analysés au sein de cette revue. Les résultats post-

intervention ont démontré une utilisation de 73 % (soit 44 transferts) de l'outil SBAR ce qui est une augmentation considérable et qui prouve une introduction réussie de l'outil dans la pratique. Lors de la comparaison des données pré-intervention avec les données post-intervention : les omissions d'informations ont diminué pour les données suivantes :

- Procédure → 19,2% à 2,2%
- Allergies → 23,1% à 4,5%
- Bilan entrées et sorties → 16,7% à 0%
- Administration antiémétique → 21,8% à 4,5%
- Equipements (cathéter) → 19,2% à 11%.

Le nombre de rapports complets a augmenté de 13% à 82%. De plus, l'outil continu d'être utilisé à 72% après deux mois de son instauration. Ces résultats indiquent l'amélioration spectaculaire induit par ce projet. Au vu de ces résultats admirables, les auteures ont choisi de garder cet article malgré certaines limites présentes, comme un effet Hawthorne basé sur la connaissance d'une éventuelle surveillance, bien que les évaluations anonymes effectuées par les infirmières recevant le rapport ont aidé à limiter ce biais. Les données du dossier médical électronique utilisées pour montrer la durabilité étaient principalement autodéclarées. L'utilisation démontrée n'est donc pas réelle mais rapportée électroniquement par le fournisseur d'anesthésie. Cela engendre un biais de déclaration automatique, car le fournisseur aurait pu documenter l'utilisation sans réellement utiliser l'outil pendant le transfert.

La dernière étude est une revue intégrative de littérature (Rose et al., 2018) qui a été choisi afin d'appuyer les données fournis par les études quantitatives et qualitatives précédentes. Son but est de synthétiser et de critiquer la littérature relative aux

protocoles, listes de contrôle et outils conçus pour évaluer et améliorer la qualité des transferts postopératoires, en particulier de la salle d'opération à l'unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs). La population cible regroupe les prestataires de la salle d'opération ainsi que de l'unité de soins post-anesthésiques. La patientèle cible lors des transferts sont les adultes. Une recherche systématique de la littérature déjà existante sur ce thème a été faite sur différentes bases de données : PubMed, SCOPUS, ... Un total de 17 articles a été retenu. L'extraction des données a été réalisée de manière indépendante par l'auteur principal qui a lu et classé chaque article en fonction de la conception de l'étude, de l'échantillon, des objectifs, de la description de l'instrument, du niveau de preuves et des résultats. Enfin, chaque instrument décrit au sein des articles a été classé selon les trois dimensions du modèle de Donabedian qui sont, *la structure, le processus et les résultats*. Les instruments développés pour normaliser la structure du transfert postopératoire ont démontré une augmentation de la quantité d'informations critiques transférées, une diminution des omissions d'informations, une diminution des événements à hauts risques et des erreurs de tâches. La plupart des études mesurent la communication, le travail d'équipe et la satisfaction des prestataires. Les caractéristiques environnementales et le travail en équipe influencent la qualité des transferts postopératoires et les effets aux patients. Les résultats ont révélé que les équipes ayant un manque de travail d'équipe et de communication sont associés aux résultats indésirables pour les patients. La satisfaction du prestataire de transferts (infirmières) s'améliore après l'introduction d'un instrument de transfert. Les études qui ont mesuré la durée du temps de transfert ne sont pas claires par rapport à l'impact de l'augmentation du temps passé dans l'unité de soins post-anesthésiques sur le processus de transferts postopératoires. Les transferts postopératoires sont multifformes et sont influencés par des facteurs individuels, interpersonnels et

environnementaux. C'est pourquoi, la mise en œuvre d'un outil standardisé doit être analysé selon la patientèle, le type d'informations dont le service a besoin et les facteurs environnementaux. Les limites de cette revue sont les suivantes : un seul chercheur (le premier auteur) a documenté la recherche et effectué l'extraction des données ainsi que fait la synthèse principale des études utilisées dans cette revue. Aucune mesure de fiabilité n'a été effectuée. Les transferts postopératoires pédiatriques et cardiaques n'ont pas été inclus dans cette revue car ces types de transferts sont hautement spécialisés. De même, il manque d'études évaluant l'impact direct sur les patients après la mise en œuvre des instruments de transferts. Plusieurs de ces limites n'affectent pas les auteures pour répondre à leur question de recherche c'est donc pour cela qu'elles ont décidé de conserver cette revue intégrative de littérature. Les preuves présentées dans cette revue (niveau la selon RNAO <sup>(Boukar, 2018)</sup>) offrent une solide recherche fondée qui soutient la mise en place d'outils lors de transferts postopératoires.

Afin de permettre une meilleure compréhension des résultats des différentes études et de permettre des comparaisons, les auteures ont choisi d'analyser les articles en fonction des différents outils de communication utilisés et de l'impact de l'environnement sur ces processus complexes. Elles ont déterminé à l'aide d'un tableau synaptique (Appendice D) les différentes catégories utilisées pour répondre à la question de recherche de leur revue non systématique de littérature. Les catégories ressortissantes sont les outils de communication ainsi que l'environnement. Les sous-chapitres de la catégorie outils de communication sont l'ISBAR/ SBAR et les check-lists (liste de contrôle). Puis finalement, les sous-chapitres de la catégorie environnement regroupent la satisfaction des prestataires, l'impact du travail en équipe et l'influence de l'institution.

### Outils de communication

Selon Krimminger et al. (2018), le nombre moyen d'erreurs de processus par transfert diminue entre les périodes pré et post-implantation du protocole standardisé (aide d'un outil de communication), passant de  $6,1 \pm 2,8$  à  $1,7 \pm 1,5$  ( $P < 0,001$ ) et le nombre moyen d'erreurs de partages d'informations par transfert a également diminué de manière significative de  $5,2 \pm 2,7$  à  $2,3 \pm 1,5$  ( $P < 0,001$ ). En analysant ces résultats, il est non-discutable de l'importance des outils de communication pour améliorer la qualité des processus de transferts et donc la sécurité du patient ainsi que la qualité des soins. De même, dans une autre étude qualitative (Coleman et al., 2015), les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques affirment que les outils d'amélioration du transfert leurs ont fourni une source utile de connaissances sur les pratiques de transferts et les ont aidées à identifier les lacunes dans leurs pratiques de transferts (Coleman et al., 2015). Selon Rose et al. (2018), les instruments développés pour normaliser la structure du transfert postopératoire augmentent la quantité d'informations critiques transférées, diminuent les omissions d'informations ainsi que les événements indésirables associés aux soins et les erreurs de tâches. Le nombre de rapports complets fournis après l'introduction d'un outil de communication de transferts postopératoires a augmenté de 13% à 82% dans l'étude menée par Halterman et al., (2019).

### ISBAR ou SBAR

L'outil de communication SBAR (situation, contexte, évaluation et recommandation) a été diffusé par L'Institute for Healthcare Improvement (Hunter et al., 2017). Les différentes lettres correspondent à un élément clé à exprimer lors du transfert et permettent d'avoir un moyen mnémotechnique. La lettre « S » se rapporte à la situation, ce qui demande une description de la problématique et de l'état actuel du



patient. Le contexte « B » doit expliciter les antécédents médicaux pertinents du patient dans la situation actuelle. L'évaluation « A » de la situation se traduit par un explicatif de l'examen clinique effectué avant la remise du patient. Et pour terminer, les recommandations ou les conduites à tenir « R » du soignant passant le relais peuvent être émises (Hunter et al., 2017). L'outil de communication ISBAR se conforme aux éléments ci-dessus, en y ajoutant l'identification « I » du patient et du soignant effectuant les transmissions (Kitney et al., 2016).

Dans l'étude de Kitney et al. (2016), la formation au modèle ISBAR ainsi que la distribution d'affiches en aide-mémoire ont permis des améliorations significatives des transmissions d'informations lors de processus de transferts. En effet, dans les deux hôpitaux choisis pour participer à cette étude, l'utilisation des éléments mnémotechniques des lettres « ISBAR » ont permis de réduire les omissions de manière significative sur les composants « B → contexte », « A → évaluation » et « R → recommandation ». Ces résultats démontrent l'amélioration des informations transmises malgré une étude limitée par le fait que les facteurs influençant la conformité à l'ISBAR, tels que le leadership et la culture de gestion de l'unité de soins post-anesthésiques, n'ont pas été mesurés objectivement.

Weinger et al. (2015) ont développé un instrument électronique basé sur le format SBAR accompagné d'une formation par simulation et un retour de formation post-simulation auprès de l'équipe de l'unité de soins post-anesthésiques adultes. Les observateurs indiquent que la proportion de transferts acceptables est passée de 7% à 70% dans cette unité après l'implantation de l'outil (cité dans Rose et al., 2018).

Dans l'étude menée par Halterman et al. (2019), aucune utilisation de l'outil combiné « PACU SBAR » ne se faisait avant sa démonstration auprès des prestataires. Après son implantation, l'utilisation de l'outil est passé de 0% à 73% ce qui démontre l'utilité et l'importance des formations d'introduction à l'outil ainsi qu'une preuve de son adoption réussie auprès des infirmières effectuant les transferts. De plus, les omissions d'informations critiques ont largement été abaissées grâce à l'outil combiné et créé par Halterman et al. (2019) : la procédure de 19,2% à 2,2%, les allergies de 23,1% à 4,5%, le bilan entrées-sorties de 16,7% à 0%, l'administration d'antiémétique de 21,8% à 4,5% et les équipements (cathéter) de 19,2% à 11%.

### **Check-lists**

Les check-lists sont des listes de contrôle contenant des mots clés afin d'aider les prestataires du rapport lors de transferts, à fournir les informations importantes du patient, ne devant pas être omises. Le contenu de cet instrument doit être adapté en fonction des besoins des diverses unités et de leur patientèle. Dans cette revue de littérature, toutes les études primaires ont développé leur propre check-list. Les infirmières sont les personnes qui utilisent le plus les listes de contrôle lors des passages de relais postopératoires (Burns et al., 2018).

Grâce à l'utilisation d'une liste de contrôle lors des processus de transferts de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques, les transmissions des éléments d'informations ont augmenté considérablement, après l'introduction et la formation à la check-list, en passant de 50.8 % à 89% d'informations transmises (Burns et al., 2018).

De leur côté, Salzwedel et al. (2013), ont évalué la différence dans la quantité d'informations transférées entre l'infirmière anesthésiste et l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques avec et sans l'utilisation d'une check-list lors du transfert postopératoire. L'instrument utilisé comprenait 37 éléments divisé en trois parties (préopératoire, peropératoire, postopératoire). Le pourcentage global des éléments communiqués pendant le transfert postopératoire a augmenté de manière significative avec l'instrument ( $P < 0,001$ ). Toutefois, la communication des éléments individuels tels que l'identification du patient et le type d'anesthésie reçu n'ont pas montré de différences significatives (cité dans Rose et al., 2018).

Robins et Dai (2015), quant à eux, ont créé un instrument sous forme de check-list divisé en sept sections : évaluer l'état de préparation, informations d'identification du patient, antécédents médicaux, type d'anesthésie, cours peropératoires, informations postopératoires et une section de clarification. Les mesures des résultats de l'utilisation de la liste de contrôle a réduit le taux de rappel vers les médecins anesthésistes (cité dans Rose et al., 2018).

Selon Halterman et al. (2019), l'utilisation d'une check-list a permis une diminution exceptionnelle des omissions d'informations. Cette check-list comprend les points clés suivants : procédure ; allergies ; bilan entrées et sorties ; administration d'antiémétiques ; équipements (cathéters). L'abaissement des oublis au niveau du critère procédure est passé de 19,2% à 2,2%, pour les allergies de 23,1% à 4,5%, le bilan entrées et sorties de 16,7% à 0%, l'administration d'antiémétiques de 21,8% à 4,5% et les équipements (cathéters) de 19,2% à 11%. Tous ces pourcentages prouvent que l'introduction d'une check-list est un aide-mémoire et que les

collaborateurs effectuant les transferts transmettent plus aisément les informations critiques du patient.

Dans ces différentes études, l'utilisation d'une liste de contrôle a permis à chaque fois d'améliorer les informations transmises et donc d'améliorer aussi la continuité des soins. Néanmoins, dans l'étude d'Halterman et al. (2019), l'association de l'outil de communication SBAR et d'une check-list permet d'augmenter spectaculairement la dispensation de rapports complets passant de 13% à 82%. A supposer que cela soit induit par cet union, ne serait-il pas une nouvelle forme d'outil permettant d'améliorer les processus complexes de transferts postopératoires ?

### **Environnement**

Les auteures ont choisi de s'intéresser à l'environnement des processus de transferts car celui-ci à un impact sur la qualité du transfert (Krimminger et al., 2018). Les infirmières ont reconnu l'importance de réduire les distractions ou les interruptions pendant le transfert verbal (Coleman et al., 2015). En effet, dans l'étude menée par Krimminger et al., (2018), 84% des rapports étaient interrompus avant la mise en place d'un protocole standardisé. Les facteurs suivants peuvent modifier la qualité des transferts postopératoires et donc la qualité des soins aux patients : le travail d'équipe, l'adaptabilité, l'intégration et les caractéristiques environnementales (Rose et al., 2018).

L'augmentation de la durée du transfert oral entre soignants n'a pas démontré de corrélation avec une meilleure qualité de transferts post-opératoires (Rose et al., 2018 ; Krimminger et al., 2018). Cependant, après la mise en place d'outils de transferts, le temps

augmente de quelques secondes, mais seulement une seule des études retenues démontrent un résultat significatif (Burns et al., 2018). D'autres études ont démontré les mêmes liens quant à l'augmentation de la durée de transferts, mais les résultats ne peuvent prouver leurs significativités statistiques quant à la qualité des soins ( $P > 0.05$ ) (Rose et al., 2018 ; Krimminger et al., 2018).

Dans l'étude menée par Halterman et al. (2019), la durabilité des outils (SBAR et check-list) au sein de l'unité de soins post-anesthésiques a été examinée après quelques semaines de pratique et a permis de démontrer le maintien de l'utilisation des outils permettant d'améliorer la qualité des processus de transferts.

### **Satisfaction des prestataires**

La satisfaction de l'équipe de soins en regard de leurs processus de transferts a été évaluée à plusieurs reprises dans les études sélectionnées. Dans l'étude d'amélioration de qualité des processus de transferts de Krimminger et al. (2018), la satisfaction des prestataires face aux processus de transferts s'est améliorée dans la période post-intervention lorsqu'ils bénéficiaient du protocole standardisé. La satisfaction par rapport aux informations transmises et à la quantité d'interruptions étaient significatives. Cependant, d'autres améliorations n'étaient pas statistiquement significatives, comme la satisfaction globale par rapport aux transferts (Krimminger et al., 2018).

La mise place et l'utilisation d'une liste de contrôle a également permis d'améliorer notablement la satisfaction des prestataires de transferts en passant d'une satisfaction de 60% vers une satisfaction de 96% ( $P = < 0.0001$ ) (Burns et al., 2018).

Robins et Dai (2015), ont créé une check-list pour les transferts postopératoires. Son utilisation a conduit à une meilleure satisfaction pour les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques (cité dans Rose et al., 2018).

Napgal et al (2013), ont effectué une étude interventionnelle qui a démontré que la satisfaction globale des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques à l'égard du transferts postopératoires après la mise en œuvre d'un outil de transfert était meilleure. Elles accordaient un score de satisfaction à 58% contre seulement 8% avant la mise en œuvre de l'instrument (cité dans Rose et al., 2018).

Dans le même esprit, Petrovic et al., (2012) ont fait remplir un sondage de satisfaction aux membres de l'équipe concernés par les processus de transferts. Les réponses des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont atteint une signification statistique envers les transferts postopératoires intégrant la réception d'informations sur les problèmes potentiels du patient et des éléments de suivi, sur le transfert physique du patient ainsi que sur les conseils d'anticipation du fournisseur (cité dans Rose et al., 2018).

Une satisfaction positive des prestataires dans leur travail a un effet positif sur les prestations effectuées lors des processus de transferts.

### **Impact de l'équipe**

Dans une étude qualitative sur les relations interprofessionnelles et l'utilisation des outils de communication menée par Coleman et al. (2015), les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré se sentir intimidées par les comportements et les humeurs des anesthésistes. Ces comportements perturbateurs sont connus pour entraver la communication interdisciplinaire, gêner la transmission des informations,

augmenter le stress du personnel et donc nuire à la sécurité des patients. Le travail d'équipe influence la qualité du transfert postopératoire (Rose et al., 2018). Ces résultats démontrent l'importance d'un climat de travail agréable afin de permettre une bonne utilisation des outils de transmissions.

Selon Mazzocco et al. (2009), les patients dont les équipes chirurgicales présentaient de mauvais comportements de travail en équipe (climat néfaste) étaient plus à risque de présenter de mauvais résultats de santé (cité dans Rose et al., 2018).

De plus, Napgal et al. (2013) ont constaté que les erreurs de tâches spécifiques aux patients et à l'équipement étaient considérablement réduites après la mise en œuvre d'un protocole de transfert postopératoire (cité dans Rose et al., 2018). De plus, grâce à l'introduction du protocole de transfert et donc à la réduction des erreurs, le travail d'équipe s'améliore (cité dans Rose et al., 2018).

Une mauvaise collaboration entre le personnel médical est un obstacle supplémentaire à l'utilisation de la recherche et à la mise en œuvre des meilleures pratiques telles que l'implantation d'outils de transferts (Rose et al., 2018). La carence en communication interpersonnelle entre les intervenants ainsi qu'un manque de travail d'équipe peuvent entraîner des non-réussites à l'emploi des instruments de communication pour les transferts postopératoires (Rose et al., 2018).

### **Impact de l'institution**

Selon Coleman et al. (2015), les analyses effectuées dans son étude ont révélé que le rôle de la direction a une certaine influence sur le succès de la mise en œuvre des

outils d'amélioration de la qualité des transferts. Ces résultats soulignent donc l'influence des dirigeants pour communiquer efficacement les objectifs organisationnels d'amélioration de la qualité afin que le personnel se sente soutenu pour utiliser ces outils d'amélioration du transfert.

Selon Rose et al. (2018), la hiérarchie est en mesure d'affaiblir la mise en œuvre des outils standardisés de communication, des transferts de la salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques.

Vraisemblablement, le soutien de l'institution retentit sur la mise en œuvre ainsi que sur l'adoption d'un outil de communication et donc sur la qualité des transferts effectués.



## Discussion

## **Synthèse des résultats**

L'objectif de cette revue est de connaître l'impact des outils de transferts tels que les check-lists (liste de contrôle) ou les outils de transmissions ISBAR/SBAR, sur les transferts postopératoires de patients ainsi que de connaître l'impact de l'environnement lors de ces processus. Les auteures se sont concentrées sur les unités de soins aigus pour adultes, plus précisément, des transferts de patients de la salle d'opération aux unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil et soins intensifs). Grâce aux études analysées, les auteures ont pu atteindre leurs objectifs et peuvent répondre à leur question de recherche. Cette revue contient quatre articles quantitatifs qui permettent d'avoir une vision précise de l'impact de la mise en place d'outils de transfert. Elle contient également une étude qualitative qui apporte un complément d'informations important aux données quantitatives. Ces études ont un niveau de preuve III sur l'échelle RNAO (Boukar, 2018). Les auteures se sont notamment basées sur une revue de littérature intégrative afin d'appuyer les études primaires. Celle-ci a un niveau de preuve la sur l'échelle RNAO (Boukar, 2018). De plus, toutes les études intégrées à cette revue sont récentes. Leurs publications datent d'il y a moins de cinq ans.

Toutes les études analysées ont pour but d'améliorer la qualité du transfert de patients dans les services de soins péri-opératoires (salle d'opération, salle de réveil, soins intensif). Les résultats de tous les articles ont démontré une amélioration de la qualité des transferts de patients après avoir mis en place leurs outils de transferts standardisés. Ces résultats prouvent que la mise en place de check-list ou d'outils de transmission tels que ISBAR/SBAR permettent d'assurer la sécurité du patient et la continuité des soins. Selon Rose et al. (2018), les transferts se définissent par la communication d'informations aux prestataires de soins suivants pour assurer la

continuité des soins et la sécurité du patient. A la suite de la mise en place de ces outils, le nombre d'éléments d'informations transmis a augmenté et les omissions d'éléments importants ont diminué lors des transmissions (Burns et al., 2018 ; Halterman et al., 2019 ; Kitney et al., 2016 ; Rose et al., 2018 ; Krimminger et al., 2018).

L'utilisation de l'outil ISBAR a démontré des améliorations significatives dans les transmissions d'informations lors de processus de transferts et a permis de réduire les omissions de manière significative dans plusieurs composants du ISBAR. Ces résultats démontrent l'amélioration des informations transmises (Kitney et al., 2016).

Dans l'étude de Hunter et al. (2017), qui évalue également l'utilisation du SBAR lors des transferts, démontre que l'emploi des éléments SBAR diffèrent selon le rôle des membres de l'équipe. L'utilisation des éléments SBAR peut être corrélé au niveau des responsabilités indépendantes et de la prise de décision de chacun. Dans cette étude, les infirmières ont utilisé en moyenne 2,8 des 4 composants (69%) et principalement le « S » suivi de « B » (Hunter et al., 2017). Cette étude n'a pas été intégrée aux résultats de cette revue de littérature car l'évaluation de l'utilisation de l'outil se basait uniquement sur l'équipe peropératoire et ne correspondait pas à la question de recherche. Cependant, elle permet de donner une indication quant à l'utilisation des éléments du SBAR

De son côté, l'utilisation d'une liste de contrôle lors des processus de transferts de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques a démontré une augmentation des informations critiques transmises (Burns et al., 2018 ; Halterman

et al. 2019 ; Rose et al., 2018). Dans l'étude menée par Burns et al. (2018), les infirmières anesthésistes utilisent l'outil de transferts de manière plus adaptée que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Le contenu et la forme des check-lists différaient selon les études. Certaines contenant 37 éléments et d'autres seulement sept éléments (cité dans Rose et al., 2018).

De même pour Halterman et al., (2019) qui démontre que l'introduction de l'outil SBAR en combinaison avec une liste de contrôle, conduit à une diminution des omissions d'informations transmises ainsi qu'à une augmentation de transmissions de rapports complets.

La durabilité des outils (SBAR et check-list) au sein de l'unité de soins post-anesthésiques a été examinée après quelques semaines de pratique et a permis de démontrer le maintien de l'utilisation des outils, ce qui prouve une introduction réussie de l'outil de transferts ainsi que de la satisfaction des prestataires de soins (Halterman et al., 2019).

Les auteures ont remarqué que l'environnement a un fort impact sur la mise en place des outils. Le travail d'équipe, l'adaptabilité, l'intégration et les caractéristiques environnementales peuvent modifier la qualité d'un transfert (Rose et al., 2018). Par conséquent, la minimisation des interruptions externes lors d'échanges d'informations cruciales est impérative pour assurer la sécurité du patient lors de transferts (Coleman et al., 2015; Krimminger et al., 2018).

Le temps de transfert après la mise en œuvre de l'instrument a été augmenté (Burns et al., 2018; Krimminger et al., 2018). Cependant, Rose et al. (2018) ne démontrent pas si l'augmentation de la durée a un impact positif ou négatif sur la qualité des transferts postopératoires de patients.

Les études ayant analysé la satisfaction des prestataires de soins ont prouvé que celle-ci s'améliorait après la mise en œuvre d'une check-list (Burns et al., 2018; Krimminger et al., 2018). Plusieurs auteurs démontrent que l'utilisation d'une liste de contrôle conduit à une meilleure satisfaction pour les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques (Burns et al., 2018; Krimminger et al., 2018; Rose et al., 2018).

Dans l'étude de Coleman et al. (2015), les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré se sentir intimidées par certains comportements et humeurs des médecins anesthésistes. Ces comportements perturbateurs sont connus pour entraver la communication interdisciplinaire et gêner la transmission des informations. Ceci démontre l'importance d'un climat de travail agréable afin de permettre une bonne utilisation des outils d'amélioration de transferts. De plus, le travail d'équipe s'améliorait considérablement après la mise en œuvre du protocole de transferts postopératoires (Rose et al., 2019).

Selon les auteures, la formation des équipes au nouveau protocole standardisé, lors de sa mise en place, est essentielle pour une utilisation adéquate de celui-ci. Toutes les études analysées dans ce travail, démontrent que les équipes ont été formées pour l'utilisation de leur nouvel outil de transferts. Certaines méthodes de formations reviennent à plusieurs reprises. Selon la revue intégrative de Rose et al.,

(2018), en premier lieu, il est important avant la mise en place d'un nouveau protocole d'évaluer les pratiques actuelles du service, par des interviews individuels ou des discussions de groupes avec les prestataires de soins. Ainsi, il est possible de connaître leurs besoins en formations. De plus, selon Rose et al., (2018) si les fournisseurs en soins peuvent participer au développement du protocole, ils seront alors plus susceptibles de le mettre en œuvre et sa durabilité sera augmentée.

Les équipes de soins ont, dans chaque étude, reçu une formation sous forme de Powerpoint ou autres documents didactiques avec notamment la présentation du nouvel outil ISBAR /SBAR ou check-lists (Burns et al., 2018; Coleman et al., 2015; Halterman et al., 2019; Kitney et al., 2016; Krimminger et al., 2018). Les auteures font l'hypothèse que cela est nécessaire pour une utilisation optimale des outils. Certaines études ont mis en place leurs outils sous forme d'affiches accrochées aux murs ou aux ordinateurs (Kitney et al., 2016; Krimminger et al., 2018). D'autres y ont ajouté des cartes de poche ou mini-cartes accrochées au badge d'identification (Halterman et al., 2019; Krimminger et al., 2018). Les études utilisant ces moyens de formations ont démontré de bons résultats sur l'emploi du nouveau protocole (Halterman et al., 2019; Kitney et al., 2016 ; Krimminger et al., 2018).

L'approche par simulation avec la mise en place de scénarios est efficace pour identifier les zones à risques et les défaillances lors du transfert postopératoire de patients (Rose et al., 2018). De même, la formation continue tout au long de l'utilisation du protocole assure le succès de son utilisation (Rose et al., 2018).

Ainsi, la direction des institutions a une influence majeure dans la mise en place d'outils de transferts dans les unités. Les dirigeants ont un rôle important, ils doivent soutenir et encourager leurs employés afin que les outils puissent être mis en place et être utilisés à bon escient ; par exemple, en organisant des formations continues (Coleman et al., 2015 ; Rose et al., 2018).

Certaines études utilisées ont une taille d'échantillon relativement petite ce qui entraîne des limites à cet ouvrage (Burns et al., 2018; Coleman et al., 2015). De plus, toutes les études examinées dans cette revue sont ciblées sur les services péri-opératoires et sur la population adulte ce qui n'est alors pas transférable aux autres services de soins généraux ou encore d'autres institutions. Il y a aussi un risque d'effet Hawthorne du fait que les prestataires savaient qu'ils étaient examinés, cela peut potentiellement fausser certains résultats (Haltermann et al., 2019 ; Burns et al., 2018).

### **Liens avec le cadre théorique**

Au travers de ces résultats, les auteures peuvent faire des liens avec la théorie de la médiologie de la santé de Michel Nadot ainsi que son modèle d'intermédiaire culturel. Nadot, par sa théorie et son développement du système culturel (SC) démontre l'entièreté du rôle infirmier. En effet, ce système met en avant tous les domaines importants de cette profession (Nadot et al., 2013).

Lorsque l'infirmière effectue un transfert de patient, elle rend service simultanément aux trois premiers systèmes culturels (SC1, SC2, SC3) et cela permet de se rendre compte de la complexité de son travail (SC4).

Pour la mise en place d'un nouvel outil de transferts standardisé, il est nécessaire d'avoir le soutien des dirigeants de l'établissement (SC1). En effet, ceux-ci ont une grande influence sur la mise en place de ces outils. Si les infirmières ressentent un manque de soutien et d'encouragement de leurs parts, il peut y avoir un échec dans la mise en place de ces outils (Coleman et al., 2015). De plus, pour rendre service à l'institution, les infirmières, grâce aux transferts de patients, assurent une bonne organisation de travail afin d'accueillir la suite du programme opératoire. En même temps, les infirmières vont rendre service au SC2 (corps médical) en exécutant les interventions médico-déléguées que cela soit des gestes techniques, de l'administration de médicaments ou des surveillances postopératoires. En effet, les transferts de patients dans les unités de soins postopératoires se font au travers des équipes interdisciplinaires. Certains outils de transmissions contiennent des points en rapport avec les actes médico-délégués et les surveillances infirmières tels que le « R → recommandation » dans l'outil ISBAR/ SBAR (Kitney et al., 2016). À travers cet échange, le médecin et l'infirmière collaborent afin d'assurer des interventions de qualités. Grâce à l'exécution de ces interventions ainsi qu'aux surveillances du patient et à l'expertise clinique de l'infirmière (Bulliard Verville & Baeriswyl, 2020) (SC4), les infirmières assurent la sécurité du patient ainsi que son confort et son bien-être (SC3). De plus, pour assurer cette continuité des soins, les infirmières collaborent entre elles (SC3), en effectuant des transmissions infirmières lors de pauses ou de changements d'équipes (SC1) (Sirgo Rodríguez et al., 2018).

Ainsi, les auteures exposent le rôle d'intermédiaire culturel de l'infirmière (SC4). Afin que l'infirmière puisse effectuer un transfert de patient de manière adéquate et sécuritaire grâce à un outil de transfert standardisé, il est nécessaire de prendre en compte les trois autres cultures de ce modèle.



Afin d'assurer des soins d'excellences et sécuritaires, les transferts de patients adéquats sont primordiaux. Les auteures se sont basées sur le modèle de Donabedian car son cadre conceptuel est fréquemment utilisé pour comprendre la qualité des soins. Les trois aspects qu'il met en avant sont les suivants : *structure-processus-résultats*. Ces termes se marient parfaitement avec la recherche de cette revue de littérature. Dans cet écrit, l'environnement correspond à *la structure* du modèle de Donabedian et a un impact important sur les transferts de patients. Notamment l'institution, qui joue un rôle très important quant au soutien du personnel lors de la mise en place d'un outil de transferts (Coleman et al., 2015). De plus l'environnement de l'unité de soins post-anesthésiques est mentionné comme un endroit événementiel et pressé par le temps ce qui rend les transferts postopératoires sujets aux distractions et interruptions (Rose et al., 2018). Les auteures remarquent aussi que la durée d'un transfert de patient augmente après l'utilisation d'un outil de transferts (Burns et al., 2018 ; Krimminger et al., 2018 ; Rose et al., 2018). Il est donc important d'intégrer le côté organisationnel du service afin que cela n'ait pas un impact négatif sur celui-ci. Les transferts de patients font parties des tâches récurrentes des activités infirmières, ce qui s'associent *au processus* dans le modèle de Donabedian. Dans cette revue, les transferts ont lieu de la salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs) ce qui impliquent nécessairement la participation de l'équipe interdisciplinaire, et donc sollicite l'infirmière à utiliser ses rôles de collaborateur et de communicateur auprès des différents intervenants (Burns et al., 2018; Coleman et al., 2015; Halterman et al., 2019; Kitney et al., 2016; Krimminger et al., 2018; Rose et al., 2018). *Les résultats* regroupent l'état de santé du patient à la fin du soin, son bien-être, sa qualité de vie ainsi que la satisfaction des deux parties soignés-soignants (Schenevey Perroulaz & Cara-Nova, 2019). Les études ont démontré une amélioration de la qualité des

transferts après la mise en place des outils standardisés. Les auteurs font l'hypothèse que ces résultats auront alors un effet positif sur l'état de santé du patient. De plus, plusieurs études ont démontré que la mise en place d'outils de transferts augmentait la satisfaction des prestataires de soins (Burns et al., 2018; Krimminger et al., 2018; Rose et al., 2018).

Si les transferts d'informations ne sont pas communiqués de manière adéquate il peut en courir des risques conséquents pour les patients tels que des lacunes dans les soins, une perte d'informations, des retards de traitements, une augmentation de la durée du séjour dans l'unité de soins post-anesthésiques et une potentielle augmentation de la morbidité et de la mortalité du patient (Rose et al., 2018). Cela peut donc diminuer potentiellement la qualité de vie du patient. Cependant, comme le mentionne Rose et al.,(2018) peu d'études évaluent actuellement l'impact direct des transferts sur l'état de santé des patients. Il faudrait donc développer d'autres études afin d'identifier l'impact direct des transferts postopératoires sur les patients. L'ensemble de ces processus complexes doit être évalué en permanence afin d'aboutir à la meilleure des qualités possibles. Par exemple, cela serait possible à l'aide de la boucle d'amélioration de la qualité présentée dans le chapitre cadre théorique qui consiste à planifier le soin, l'exécuter puis l'évaluer dans le but d'assurer une correction à cette pratique et de réussir à s'améliorer (Bovier et al, 2001).

### **Forces & Limites**

Cette revue non systématique de littérature englobe des articles ayant été publiés récemment, il y a moins de 5 ans, ce qui représente un atout pour les auteures. De plus, l'actualité de la thématique est une seconde force pour elles. Les articles sélectionnés peuvent tous être généralisés au système de soins helvétique, malgré

qu'ils n'aient pas été réalisés en Suisse. En effet, toutes les études sélectionnées ont été rédigées dans des régions socio-économiques semblables à la Suisse. C'est pourquoi les auteures pensent que les données sont transférables. La présentation des résultats s'est faite en fonction des outils et de l'environnement ce qui permet une compréhension facile en rapport à la question de recherche de la revue. Enfin, cette revue propose des apports intéressants sur l'influence des outils de communication et de l'environnement lors des transferts postopératoires, en s'appuyant sur une solide théorie (théorie de Nadot) ainsi qu'un cadre conceptuel permettant de lier les processus de transferts postopératoires avec le modèle de Donabedian (qualité des soins).

Cette revue de littérature présente néanmoins certaines limites. Etant donné, que seulement six articles ont été analysés, ceci n'est pas satisfaisant pour élaborer un ouvrage riche en apport. De plus, l'équation de recherche peut ne pas avoir extrait toutes les études pertinentes sur le sujet et donc il peut y avoir des lacunes en informations par rapport aux études utilisées dans l'élaboration du travail. Les études n'ayant pas été rédigées en anglais ou en français n'ont pas été retenues. Ce critère d'exclusion a peut-être induit un biais de sélections car des articles pertinents peuvent avoir été écrit dans une autre langue. Pour conclure, la plupart des études retenues présentaient une taille d'échantillons restreinte ce qui peut causer une difficulté pour la généralisation.

### **Implications & Recommandations**

Les résultats obtenus grâce aux six articles analysés apportent des répercussions sur la suite, que ce soit au niveau de la pratique professionnelle ou de futures recherches.

### **Implications pour la pratique**

L'utilisation de protocoles standardisés lors de processus complexes tels que les transferts postopératoires est un avantage pour assurer la qualité de ces passages de relais (Krimminger et al., 2018 ; Coleman et al., 2015 ; Kitney et al., 2016 ; Burns et al., 2018 ; Halterman et al., 2019 ; Rose et al., 2018). Il est donc important d'utiliser ces données probantes pour assurer une pratique de qualité. En comparant les différents outils de transferts référencés dans cette revue, chacun d'entre eux présentent des atouts face aux transmissions d'informations. De plus, la dispensation de formations, la distribution de cartes de poche ainsi que l'affichage des protocoles ou des outils de transferts dans les bureaux des unités, permettent une implantation formelle de l'outil au sein du personnel. En combinant, ces interventions à l'association des deux outils (ISBAR et check-list), cela semble être une adhésion permettant d'augmenter spectaculairement la qualité du contenu des transferts postopératoires (Halterman et al., 2019).

L'intégration des équipes de soins dans la mise en place d'un outil de communication destiné aux transferts de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques est indispensable afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour le patient et d'améliorer l'auto satisfaction des prestataires des transferts (Burns et al., 2018). De plus, il est important que les institutions soutiennent l'implantation de ces projets afin de favoriser l'utilisation complète par le personnel concerné, des outils d'amélioration de la qualité (Coleman et al., 2015).

Les auteures recommandent donc une approche à l'aide d'une combinaison d'outils de communication tels que l'ISBAR/SBAR avec une check-list, même s'il

manque encore de publications développant ce type d'association d'outils de transferts. Les auteures recommandent également la mise en place d'interventions à l'aide de formations (documents, Power Point, simulation), d'affichages de pancartes dans les services et par la distribution de cartes de poche comme moyens mnémotechniques, afin de favoriser les prestataires à l'utilisation de ces outils. Grâce à ces différents articles, les auteures invitent à intégrer les équipes de soins ainsi que les dirigeants de l'établissement au projet d'instauration d'outils de communication pour favoriser l'amélioration des transferts postopératoires.

### **Recommandations pour la recherche**

Lors de l'aboutissement de cette revue non systématique de littérature, les auteures ont déterminé qu'il serait intéressant de poursuivre les recherches sur cette thématique. En effet, aux vues des résultats ci-dessus, l'importance des outils de communication lors du passage de relais entre la salle d'opération et les unités de soins post-anesthésiques est prouvée. Cependant, il manque de publication sur l'association d'un outil tel qu'ISBAR/SBAR et d'une check-list afin de former un outil de communication précis et spécifique aux transferts postopératoires.

De même, l'implication des établissements et des supérieurs dans la mise en œuvre des outils n'est que peu référencée. Il serait notamment intéressant d'effectuer d'autres recherches sur l'incidence de la hiérarchie hospitalière sur l'utilisation de ces outils.

Cette revue non systématique de littérature peut être la base à de futures recherches plus approfondies sur les outils de communication et l'environnement des

unités de soins post-anesthésiques. Celles-ci permettraient d'élargir les réponses à la question de recherche des auteures, comme par exemple, connaître les effets directs des transferts postopératoires effectués à l'aide d'un outil de transferts ainsi que l'environnement adéquat, sur l'état de santé du patient.

## Conclusion

Ce travail démontre l'influence des outils de communication ainsi que de l'environnement sur les processus de transferts postopératoires. En effet, les erreurs lors des transferts de la salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques affectent la sécurité des patients et donc la qualité de soins ainsi que la continuité de ces derniers. Les recherches effectuées au sein de ce travail ont donc pour but d'améliorer les points ci-dessus et permettre de trouver une solution pertinente afin d'aider les équipes de soins dans ces processus complexes.

Les auteures ont effectué des investigations à l'aide d'une équation de recherche précise sur différentes bases de données (CINAHL ou PUBMED). Ensuite, elles ont appliqué les critères d'éligibilités afin de sélectionner seulement les articles répondant à leur question de recherche. Un total de six articles a pu être retenu, quatre de ces articles sont des études quantitatives, l'une d'entre elle est une étude qualitative et enfin la dernière est une revue intégrative de littérature. Par la suite, les auteures ont analysé et extrait les données pertinentes de chaque ouvrage.

Les résultats de cette revue prouvent que les outils de communication que ce soit ISBAR/SBAR ou les check-lists ont une influence positive, et diminuent les omissions d'informations durant les transferts de patients en postopératoire. Il est donc favorable de les associer afin d'optimiser les chances d'effectuer un rapport complet. Des interventions diverses et variées telles que des formations, des distributions de carte de poche, un poste d'affiches, ... améliorent l'implantation de l'outil au sein de l'unité. De plus, les prestataires de transferts témoignent être plus satisfaits lors de la mise en place d'instruments de communication et dévoilent aussi utiliser plus facilement ces outils lorsque les institutions soutiennent le personnel à leur utilisation.



Bien entendu, cette démarche scientifique peut être élargie pour aboutir à des réponses plus précises sur l'association de deux outils de communication, sur l'impact des dirigeants d'établissement, sur l'intégration d'outils de communication dans les équipes de soins ainsi que sur l'impact direct ou indirect de l'utilisation de ces outils sur la santé du patient.

Afin de présenter cet écrit, les auteures ont dû utiliser et mettre à profit les différents rôles de l'activité infirmière comme que la communication et la collaboration. Celles-ci ont été essentielles au travail d'équipe et à l'organisation afin d'aboutir à un ouvrage de qualité.

Ce travail a permis aux auteures de développer des compétences dans les démarches de recherche ce qui leur permettra d'actualiser leurs connaissances tout au long de leurs parcours professionnels. L'élaboration de cet ouvrage leur a permis d'acquérir de nombreuses informations sur l'importance des outils de communication dans des processus complexes et de l'impact de l'environnement lors d'activités infirmières standards et récurrentes tel qu'est le transfert de patients entre des équipes de soins distinctes.

## Références

Agarwala, A. V., Nurudeen, S., & Haynes, A. B. (2015). Perioperative Checklists and Handoffs: Implementation and Practice. *Advances in Anesthesia*, 33(1), 191–217. <https://doi.org/10.1016/j.aan.2015.07.011>

Albisetti, P. (2012). *Sécurité des patients et droit dans les établissements hospitaliers*. [http://www.fhv.ch/upload/docs/application/pdf/2016-08/securite\\_des\\_patients\\_et\\_droit\\_dans\\_les\\_etablissements\\_hospitaliers\\_2016-08-26\\_12-31-2\\_433.pdf](http://www.fhv.ch/upload/docs/application/pdf/2016-08/securite_des_patients_et_droit_dans_les_etablissements_hospitaliers_2016-08-26_12-31-2_433.pdf)

Boukar, F. (2018). Evidence based nursing 1 (EBN1). *Fondement et niveaux de preuves. Initiation à la recherche en science infirmière* [Présentation PowerPoint]. Repéré à [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/EBN1/COURS%20Evidence%20based%20nursing%201%20\(EBN1\).pdf#search=evidence%20based%20nursing%201](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/EBN1/COURS%20Evidence%20based%20nursing%201%20(EBN1).pdf#search=evidence%20based%20nursing%201)

Boukar, F. (2020). Grilles pour le résumé et l'analyse des articles. Repéré à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/22/SitePages/Accueil.aspx?RootFolder=%2Fdsfr%2Fforma%2Fsi%2Fbsc2017%2Fmodf%2F22%2FDocuments%20de%20cours%2FGrilles%20pour%20le%20r%C3%A9sum%C3%A9%20et%20l%27analyse%20des%20articles&FolderCTID=0x0120007FCB615344BFFF41AAF1657772B4DCBA&View=%7B7C5CE66C%2DB305%2D4E16%2DAA7B%2D5D12033FE336%7D>

Bovier, E. Chamot. P. Chastonay, P. Chopard, P. Garnerin, F. Hermann, T. P. (2001). Qualité des soins. *Bulletin Des Médecins Suisses*, 38(82), 2020–2024. [https://bullmed.ch/journalfile/view/article/ezm\\_saez/fr/bms.2001.08445/076f9c70a83736f55a8ae04b4b5e944228d5e4/bms\\_2001\\_08445.pdf/rsrc/jf](https://bullmed.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/fr/bms.2001.08445/076f9c70a83736f55a8ae04b4b5e944228d5e4/bms_2001_08445.pdf/rsrc/jf)

Bulliard Verville, D., & Baeriswyl, C. (2020). Pourquoi engager des infirmières formées à un niveau HES dans les hôpitaux (service de médecine, chirurgie, pédiatrie, maternité, ambulatoire, ...), les CTR, les homes, les SAD...? Arguments visant à défendre la spécificité et la valeur de l'infirmière HES. [Polycopié] Repéré à [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/sem5/Documents de cours/M17 Leadership en intra et interdisciplinarité/OB9. Valeurs des SI.pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/sem5/Documents%20de%20cours/M17Leadership%20en%20intra%20et%20interdisciplinarité/OB9.Valeurs%20des%20SI.pdf)

Burns, S., Parikh, R., & Schuller, K. (2018). Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 13(July), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.10.002>

CHUV : Service d'Anesthésiologie (2019). *Salle de réveil du CHUV*. Repéré à <https://www.chuv.ch/fr/anesthesiologie/alg-home/le-service-en-bref/secteurs-medicaux/salle-de-reveil/>

Coleman, K., Redley, B., Wood, B., Bucknall, T., & Botti, M. (2015). Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement. *The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 28(1), 10–14. <https://doi.org/10.26550/jpn.281.01>

EBSCO (2020). CINAHL Complete. Repéré à <http://web.a.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=0&sid=4d21ef45-496f-4b0f-9907-5f7c3f3d0352%40sessionmgr4008>

- Elsevier (2020). Repéré à <https://www.elsevier.com/>
- Formarier, M. (2012). Qualité des soins. In *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 256–260). [https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0295-4\\_8](https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0295-4_8)
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème édit; C. Education, ed.).
- Guest, M. (2017). Patient transfer from the intensive care unit to a general ward. *Nursing Standard*, 32(10), 45–51. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10670>
- Gross, J., & Busset, F. (2019). *Le modèle d'intermédiaire culturel de Nadot*. 1–7.
- Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(4), 834–841. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007>
- Haute Autorité de santé. (2010). La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. *Has*, 16. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture\\_de\\_securite\\_des\\_soins\\_\\_du\\_concept\\_a\\_la\\_pratique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf)
- Hunter, H., Tara, C., Wesley, C., Juliane, B., Susan, H., Paula, S., Sara, E., Kevin, L., Ji Yun, K., & Renaldo, B. (2017). Assessing SBAR during intraoperative handoff. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 6(September 2016), 7–10. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2016.12.004>
- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001>
- Krimminger, D., Sona, C., Thomas-Horton, E., & Schallom, M. (2018). A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers. *American Journal of Nursing*, 118(2), 48–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60>
- Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2013). *L'activité infirmière : Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable* (Sciences d; D. Boeck & Estem, eds.). Paris.
- OMS. (2009). *Cours : les fondamentaux de la sécurité des patients Module : Qu ' est-ce que la sécurité des patients ? Guide pédagogique de l ' OMS pour la sécurité des patients Guide pédagogique de l ' OMS pour la sécurité des patients*. 1–5.
- PUBMED (2020). National Library of Medicine. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Rose, M. W., Newman, S., & Brown, C. (2018). Postoperative Information Transfers: An Integrative Review. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(2), 403-424.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096>
- Schenevey Perroulaz, E. & Cara-Nova, T. (2019). Résultats de soins. *Module 19 Sciences Infirmière II*.
- Senn-Dubey, C. (2018). *Revue de littérature, revue systématique de littérature et EBN2*.

- Sirgo Rodríguez, G., Chico Fernández, M., Gordo Vidal, F., García Arias, M., Holanda Peña, M. S., Azcarate Ayerdi, B., ... Martín Delgado, M. C. (2018). Handover in Intensive Care. *Medicina Intensiva*, 42(3), 168–179. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.12.002>
- Sutcliffe, K. M., Lewton, E., & Rosenthal, M. M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*, 79(2), 186–194. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>
- The Joint Commission. (2012). Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. *The Joint Commission Perspectives. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 32(8).
- The Joint Commission. (2017). Sentinel event alert: Inadequate handoff communication. *The Joint Commission*, 58, 1–6. [https://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_alert\\_58\\_inadequate\\_handoff\\_communications/](https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/)
- Werber. B. (2020). Site officiel Innerview communication. Repéré à [http://www.bernardwerber.com/frame.php?dossier=unpeuplus/innerview&page=innerview\\_new](http://www.bernardwerber.com/frame.php?dossier=unpeuplus/innerview&page=innerview_new)

## **Appendice A**

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Vuadens, le 03.07.2020

Bourquenoud Cindy

*C. Bourquenoud*

Charmey, le 03.07.2020

Niquille Laura

*L. Niquille*

## **Appendice B**

Tableau récapitulatif des articles retenus



<b>Krimminger, D., Sona, C., Thomas-Horton, E., &amp; Schallom, M. (2018). A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers. <i>American Journal of Nursing</i>, 118(2), 48–59. <a href="https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60">https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60</a></b>	
<b>Devis</b>	Etude quantitative descriptive longitudinale.
<b>Objectifs</b>	Examiner l'impact d'un processus de transfert standardisé (liste de contrôle, outils) entre la salle d'opération et l'unité de soins intensifs. De plus, le but est d'examiner la fréquence des erreurs de processus et de partages d'informations. Un autre objectif de l'étude était d'examiner la satisfaction des prestataires à l'égard du transfert. La durée de transferts a aussi été quantifiée.
<b>Participants</b>	L'équipe multidisciplinaire impliquée dans le transfert du bloc opératoire à l'unité de soins intensifs comprenait des infirmières de l'unité de soins intensifs, un membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs, un physiothérapeute respiratoire, un chirurgien ou un résident-stagiaire en chirurgie cardiothoracique et un médecin en anesthésie ou une infirmière anesthésiste agréée, un résident ou un stagiaire en anesthésie.
<b>Contexte</b>	Etude de qualité pré et post observationnelle menée dans un grand centre médical affilié à l'université qui comprend une unité de soins intensifs cardiothoraciques qui effectue beaucoup d'interventions chirurgicales et donc nécessite des transferts fréquents de la salle d'opération vers l'unité de soins intensifs.
<b>Interventions</b>	Les équipes impliquées dans le transfert ont été formées entre décembre 2013 et janvier 2014 (aucune précision sur la formation reçue). Lors de la mise en œuvre de l'initiative d'amélioration de qualité, le modèle de rapport de transfert de la salle d'opération vers les unités de soins post-anesthésiques (soins intensifs) a été placé dans chaque salle de soins. Ils ont aussi reçu des affiches ainsi que des cartes de poche du modèle.
<b>Outils de mesures</b>	Pour évaluer les processus de transferts ainsi que les omissions d'informations un outil d'évaluation a été créé par les auteurs. Il s'agit d'un formulaire d'observation. Pour évaluer la satisfaction des prestataires avant et après l'initiative d'amélioration des processus, l'équipe a adapté un instrument de satisfaction développé par Catchpole et ses collègues, créant une échelle de réponse en cinq points, de type Likert, où 1 = fortement en désaccord et 5 = fortement d'accord. Cet outil a été utilisé sous forme d'enquête de satisfaction (sondage) à remettre dans une boîte verrouillée.
<b>Résultats principaux</b>	<b>Résultats post-intervention :</b> Les erreurs dans le partage d'informations ont diminué significativement. Les erreurs dans le processus de transfert ont diminué significativement. Le temps de transfert a augmenté mais n'est pas significatif. La satisfaction des prestataires a augmenté.
<b>Intérêts</b>	Cette étude nous permet de se rendre compte du nombre d'erreurs de processus de transferts et des erreurs de partage d'informations, ainsi que de la satisfaction des prestataires entre deux phases avant -après la mise en place de protocoles standardisés. Elle nous permettra de fournir des informations sur l'impact que ces outils de transferts ont sur la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que sur la continuité des soins.
<b>Coleman, K., Redley, B., Wood, B., Bucknall, T., &amp; Botti, M. (2015). Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement. <i>The Journal of Perioperative Nursing in Australia</i>, 28(1), 10–14. <a href="https://doi.org/10.26550/jpn.281.01">https://doi.org/10.26550/jpn.281.01</a></b>	
<b>Devis</b>	Etude qualitative phénoménologique descriptive.

<b>Objectifs</b>	Cette étude a pour but d'explorer les expériences des cliniciens en matière d'adoption des outils d'amélioration de la qualité pour standardiser la communication interprofessionnelle lors du transfert des patients du médecin anesthésiste à l'infirmière l'unité de soins post-anesthésiques.
<b>Participants</b>	Les participantes étaient 17 infirmières qui travaillaient de manière permanente (minimum deux quarts de travail par semaine) dans l'unité de soins post-anesthésiques : Hôpital 1 : 12 infirmières Hôpital 2 : 5 infirmières.
<b>Contexte</b>	Le transfert de patient de l'équipe interdisciplinaire du bloc opératoire à l'unité de soins post-anesthésiques. Cette étude est menée dans deux hôpitaux privés australiens dans la région métropolitaine de Melbourne.
<b>Interventions</b>	La mise en œuvre dans chaque hôpital a été menée par un clinicien formé et qui a lui-même dispensé une formation aux autres membres du personnel. Puis il les a soutenus et encouragés pour l'utilisation des outils suivants : un outil de processus « COLD » (Connect, Observe, Listen, Delegate), l'outil de contenu de transfert « IsoBAR » et une liste de contrôle de sécurité en 10 points.
<b>Outils de mesures</b>	Des questions semi-structurées ont été utilisées pour guider les groupes de discussion. Ces discussions ont été enregistrées sur bandes audio, transcrites mots à mots et dépersonnalisées pour être analysées.
<b>Résultats principaux</b>	<b>Résultats post-intervention :</b> Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré que les outils d'amélioration du transfert leur avaient fourni une source utile de connaissances sur les pratiques de transferts souhaitables. Les outils les ont aidées à identifier les lacunes dans leurs pratiques de transferts. Les infirmières ont reconnu l'importance de réduire les distractions ou les interruptions pendant le transfert verbal. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré se sentir intimidées par les comportements et les "humeurs" des médecins anesthésistes. Elles ont également décrit les rôles importants des dirigeants pour faciliter la mise en œuvre des outils d'amélioration du transfert.
<b>Intérêts</b>	Cette étude nous montre que dans l'ensemble, l'adoption d'outils de transferts donne de bons résultats. Mais pour cela, la présence et le soutien des dirigeants lors de mise en place d'un nouveau processus de transfert est primordial.
<b>Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., &amp; Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. <i>Acorn</i>, 29(1), 30–35. <a href="https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001">https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001</a></b>	
<b>Devis</b>	Etude quantitative explicative longitudinale.
<b>Objectifs</b>	Le but de l'étude est d'améliorer la qualité et de mesurer l'effet du programme d'éducation à l'utilisation de l'outil ISBAR lors des transferts vers l'unité de soins post-anesthésiques.
<b>Participants</b>	Les transferts ont été effectués par les anesthésistes qui ont remis leurs patients au personnel infirmier de l'unité de soins post-anesthésiques de deux hôpitaux faisant parti du même centre de santé.
<b>Contexte</b>	Observations de transferts de patients entre les médecins anesthésistes et le personnel de l'unité de soins post-anesthésiques (infirmières), pendant une semaine et dans deux hôpitaux différents. Des mesures d'amélioration de la qualité ont été effectuées en pré et post- intervention.

<b>Interventions</b>	<b>2 stratégies d'intervention</b> : Une session de formation éducative organisée à l'intention des anesthésistes et des infirmières de l'unité de soins post anesthésique sur les performances actuelles en matière de transfert. Une présentation de l'outil ISBAR a été faite au personnel soignant. Puis, des fiches ISBAR de la taille d'une affiche ont été fixées aux murs de toute l'unité de soins post-anesthésiques.
<b>Outils de mesures</b>	Un outil d'audit a été développé pour mesurer l'adhésion au principe de l'ISBAR lors de la remise du médecin anesthésiste aux infirmières de l'unité de soins post anesthésique. Il été conçu pour englober les directives de l'Australian and New Zealand College of Anesthesia et de l'organisation des soins de santé. Pour la validité de son contenu, l'outil a été diffusé aux cliniciens experts. Les audits ont été entrepris par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques formées pour les réaliser. Ensuite celles-ci ont été placées dans une boîte sécurisée, qui ont été collectées à la fin de la période par le leader de l'équipe du projet.
<b>Résultats principaux</b>	Les résultats ont démontré des améliorations significatives entre les deux audits pour l'un des deux hôpitaux en ce qui concerne les composants « A → évaluation » (cardiovasculaire $P<0,05$ , respiratoire $P<0,05$ , antalgie $P<0,05$ ) et « R → recommandation » $P<0,05$ de l'outil ISBAR. Dans le second hôpital, les différences significatives entre les deux audits ont concerné les éléments « B → contexte » $P<0,01$ , « A → évaluation » (respiratoire $P<0,01$ ) et « R → recommandation » $P<0,01$ de l'outil ISBAR. Ces résultats démontrent l'amélioration des informations transmises.
<b>Intérêts</b>	Cette étude démontre les avantages de la formation et de la mise en place de diverses interventions. Elle permettra de fournir des informations à notre revue de littérature sur les principaux oublis lors des transferts avec l'outils ISBAR, et de pouvoir y remédier avec d'autres moyens dans les unités de soins post-anesthésiques. Nous pouvons voir que tous les résultats ne montrent pas une amélioration.
<b>Burns, S., Parikh, R., &amp; Schuller, K. (2018). Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. <i>Perioperative Care and Operating Room Management</i>, 13(July), 1–5. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.10.002">https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.10.002</a></b>	
<b>Devis</b>	Etude quantitative observationnelle prospective.
<b>Objectifs</b>	Le but de cette étude est de créer une liste de contrôle de transferts des patients de la salle d'opération à la salle de réveil spécifique à cet établissement, et d'évaluer son utilisation. La satisfaction des prestataires et la durée de transferts ont eux aussi été évaluées.
<b>Participants</b>	Les principaux participants sont les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques, le personnel d'anesthésie (médecins, résidents et infirmière certifiée en anesthésie). Au total, 100 transferts au hasard ont été observés (50 transferts dans la phase pré-intervention et 50 transferts dans la phase post-intervention).
<b>Contexte</b>	L'étude a été menée dans un grand centre hospitalier de niveau tertiaire. La participation à cette étude était volontaire et anonyme.
<b>Interventions</b>	Plusieurs moyens d'apprentissages ont été proposés aux membres de l'unité de soins post-anesthésiques. Exemples : Présentation de la liste de contrôle aux équipes, mise en place de séances formatives sur le nouveau protocole avec comme support des présentations Power Point et de la documentation supplémentaire. Toutes les questions/préoccupations du personnels ont été discutées en équipe.

<b>Outils de mesures</b>	L'observateur recueillait les données à l'aide d'un formulaire de collecte de données normalisé qui contient 10 éléments d'informations. La durée de transfert a également été documentée. Une enquête de satisfaction envers les infirmiers de l'unité de soins post-anesthésiques a aussi été documenté « transfert adéquat, oui-non ? »
<b>Résultats principaux</b>	<p><b>Résultats post-intervention :</b></p> <p>Utilisation de la liste de contrôle selon le rôle → Les infirmières sont le rôle qui utilisent le plus la liste de contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidents en anesthésie : 28%</li> <li>• Médecins traitants : 16%</li> <li>• Infirmières spécialisées en anesthésie : 56%</li> </ul> <p>La moyenne des scores de transferts a augmenté significativement de 38,2%</p> <p>La durée du transfert a augmenté significativement de 22,9 secondes</p> <p>La satisfaction des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques a augmenté significativement de 36%.</p>
<b>Intérêts</b>	Cette étude démontre les avantages et les inconvénients de la mise en place d'une liste de contrôle entre différentes unités de soins. Elle nous montre notamment que les personnes utilisant le plus souvent la liste de contrôles sont les infirmières.
<p><b>Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., &amp; Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i>, 34(4), 834–841. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007</a></b></p>	
<b>Devis</b>	Etude quantitative descriptive longitudinale.
<b>Objectifs</b>	Le but est d'évaluer les avantages de la mise en œuvre d'une liste de contrôle dans le cadre de l'unité de soins post-anesthésiques pour réduire les omissions d'informations sur la santé lors du transfert de patient du prestataire en anesthésie aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Ainsi que d'évaluer les améliorations dans la communication des données critiques des patients (5 points) et le taux de conformité dans l'utilisation de l'outil de transfert SBAR.
<b>Participants</b>	<p>Les principaux intervenants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des médecins anesthésistes</li> <li>• Des CRNA (infirmières anesthésistes certifiées)</li> <li>• Des médecins assistant en anesthésie (résidents)</li> <li>• Des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques</li> <li>• Infirmières AQ (amélioration de qualité).</li> </ul> <p>L'échantillon de ce projet comprenait des patients adultes ayant subi une anesthésie, puis admis dans l'unité de soins post-anesthésiques adulte.</p>
<b>Contexte</b>	Ce projet a été mené dans un centre de santé de traumatologie de niveau 1 de 478 lits situés dans l'Est de la Géorgie.
<b>Interventions</b>	La liste de contrôle de transfert SBAR a été présentée à l'ensemble de la médecine anesthésique et péri opératoire. Puis, des mini-cartes à porter derrière le badge d'identification ont été distribuées. Des cartes plastifiées attachées aux ordinateurs situés dans chaque partie de l'unité de soins post-anesthésiques ont été installées. De plus, chaque infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques a reçu une feuille de notes avec les mêmes points pour écrire le rapport reçu.
<b>Outils de mesures</b>	La collecte des données a été effectué à l'aide d'un formulaire d'évaluation du transfert. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont évalués de façon anonyme chaque transfert. Cette feuille d'évaluation regroupe l'utilisation de l'outil de

	transfert SBAR, l'omission d'informations critiques (procédure, allergies, entrées et sorties, antiémétiques, et les cathéters → check-list) et le pourcentage de rapports complets fournis. Des données ont été récoltées à partir du dossier médical électronique du patient pour évaluer la durabilité de l'utilisation de l'instrument combiné.
<b>Résultats principaux</b>	<b>Résultat du post-intervention :</b> Augmentation de l'utilisation de l'outil SBAR associé à la check-list en post-intervention de 73%. Diminution considérable des omissions des éléments : <i>Allergies, Entrées/sorties, Antiémétiques, Voies/cathéters</i> . Augmentation de 69% de transferts postopératoires ayant fournis des rapports complets. Durabilité de l'outil SBAR associé à la check-list: 72% d'utilisation de l'outil après deux mois d'implantation
<b>Intérêts</b>	L'utilisation de l'outil SBAR associé à la check-list lors de transferts de patients postopératoires, diminue les omissions d'informations importantes sur le patient et ainsi assure la sécurité du patient, une bonne qualité et continuité des soins.
<b>Rose, M. W., Newman, S., &amp; Brown, C. (2018). Postoperative Information Transfers: An Integrative Review. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i>, 34(2), 403-424.e3. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096</a></b>	
<b>Devis</b>	Revue intégrative de la littérature.
<b>Objectifs</b>	L'objectif principal est de synthétiser et de critiquer la littérature relative aux protocoles, listes de contrôle et outils conçus pour évaluer et améliorer la qualité des transferts postopératoires de la salle d'opération à l'unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs). De plus, elle permet de se rendre compte de la façon dont les protocoles, listes de contrôle et outils ont été développés ainsi que de décrire comment les instruments améliorent la qualité des transferts postopératoires.
<b>Participants</b>	Il s'agit des prestataires de la salle d'opération ainsi que de l'unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs). La patientèle cible lors des transferts sont les adultes.
<b>Contexte</b>	Il s'agit du contexte hospitalier étudiant les transferts postopératoires, lors de la remise de soins entre la salle d'opération et les unités de soins post-anesthésiques ou de soins intensifs auprès d'une patientèle adulte.
<b>Interventions</b>	Les études choisies ont été classées selon le niveau de preuves et les interventions, dans l'une des 4 catégories proposées par Wong et al. Ces catégories ont été conçues pour différencier facilement les différents types d'études basées sur l'intervention, pré-intervention, post-intervention. Les études d'observations ont également été classées en fonction de ces catégories. Les cinq études primaires retenues pour ce travail ne sont pas analysées dans cette revue intégrative de littérature.
<b>Outils de mesures</b>	L'extraction des données a été réalisée de manière indépendante par l'auteur principal, qui a lu et classé chaque article en fonction de la conception de l'étude, du cadre, de l'échantillon, des objectifs, de la description de l'instrument, du niveau de preuve et des résultats. Enfin, chaque instrument décrit au sein des articles a été classé selon les trois dimensions du modèle de Donabedian, qui sont de <i>la structure, les processus et les résultats</i> . Un total de 17 articles a été retenus et présentés dans un tableau.
<b>Résultats principaux</b>	Les résultats ont été classés selon le modèle de Donabedian (structure, processus, résultats). Les instruments développés pour normaliser la structure du transfert postopératoire ont démontré une augmentation de la quantité d'informations critiques transférées, une diminution des omissions d'informations, donc des événements à haut risques et des erreurs de tâches. La revue démontre un manque d'étude évaluant les résultats au niveau des patients après la mise en œuvre des instruments de transferts. La plupart des études mesure la communication, le travail d'équipe, la durée du transferts postopératoires, la

	satisfaction des prestataires. L'importance du travail d'équipe et de la communication précise des informations sur les patients lors du transfert postopératoire ont été identifiés dans deux études. Les résultats des études impliquant des instruments en papier et électroniques indiquent que les deux formats ont eu des résultats positifs similaires. Les études qui ont mesuré la durée du temps n'est pas clair si l'augmentation du temps passé dans l'unité de soins post-anesthésiques à un effet positif ou négatif sur le processus de transferts postopératoires. Les services péri-opératoires qui cherchent à mettre en œuvre des protocoles standardisés devraient considérer les instruments par leur population de patients, les besoins en formations des prestataires et les facteurs environnementaux. Les transferts postopératoires sont multiformes et influencés par des facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux.
<b>Intérêts</b>	Cette revue de littérature permet de regrouper les différents instruments présents et de comprendre quels sont les avantages de chacun d'entre eux. De plus grâce au modèle de Donabedian, la compréhension par rapport à la qualité des soins est intéressante et démontre des interventions faisables pour augmenter la sécurité aux patients ainsi que la satisfaction des prestataires.

## **Appendice C**

### Grilles d'analyse



### Article N° 1

A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers.

#### Grille de résumé d'un article scientifique

##### Approche quantitative et mixte

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Krimminger, D., Sona, C., Thomas-Horton, E., & Schallom, M. (2018). A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers. <i>American Journal of Nursing</i> , 118(2), 48–59. <a href="https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60">https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60</a>
<b>But(s) de la recherche</b>	L'objectif principal de l'initiative d'amélioration de qualité était d'examiner l'impact d'un processus de transfert standardisé entre la salle d'opération et l'unité de soins intensifs sur la fréquence des erreurs de processus et de partage d'informations entre les prestataires. Un autre objectif était d'examiner la satisfaction des prestataires à l'égard du transfert. La durée a aussi été quantifiée.
<b>Devis de recherche</b>	<p>Le devis de l'étude n'est pas clairement cité. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale (2012-2016) qui rassemble plusieurs statistiques en quantifiant les actions et les données transmises ainsi que la satisfaction. L'étude a utilisé trois formes d'évaluation quantitative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation des erreurs de processus de transferts (oui et non =1)</li> <li>• Evaluation des erreurs de partage d'informations (oui et non =1)</li> <li>• Evaluation de la satisfaction du prestataire (1 à 5)</li> </ul> <p>Puis un développement de nouvelle procédure par rapport aux résultats précédents a été effectué, et celle-ci a été a nouveau évalué en guise de comparaison.</p>
<b>Contexte Population Echantillon</b>	<p><u>Contexte</u> Il s'agit d'une équipe de 12 cliniciens qui a mené une étude de qualité pré et post observationnelle dans un grand centre médical affilié à l'université qui comprend une unité de soins intensifs cardiothoraciques (21 lits) et qui effectue beaucoup d'interventions chirurgicales ce qui nécessite des transferts fréquents de la salle d'opération vers l'unité de soins intensifs.</p> <p><u>Population</u> L'équipe multidisciplinaire impliquée dans le transfert du bloc opératoire à l'unité de soins intensifs comprenait des infirmières autorisées de l'unité de soins intensifs, un membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs, un physiothérapeute respiratoire, un chirurgien ou un résident-stagiaire en chirurgie cardiothoracique et un anesthésiste, qui aurait aussi pu être une infirmière anesthésiste agréée, un résident ou un stagiaire en anesthésie.</p>



	<p><b>Echantillon</b></p> <p>Au total, 76 observations d'amélioration avant (n=38) et après (n=38) le processus ont été réalisées. Un observateur a effectué toutes les observations de base et deux infirmières ont effectué les observations post-intervention.</p>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>Une équipe de 10 infirmières de l'unité de soins intensifs et deux médecins ont examiné la littérature, conçu l'étude et mis au point des instruments pour évaluer les erreurs de processus de transferts et les erreurs de partage d'informations. Pour évaluer la satisfaction des prestataires avant et après l'initiative d'amélioration, l'équipe a adapté un instrument de satisfaction développé par Catchpole et ses collègues, créant une échelle de réponse en cinq points, de type Likert, où 1 = fortement en désaccord et 5 = fortement d'accord. Cet outil a été utilisé sous forme d'enquête de satisfaction (sondage) à remettre dans une boîte verrouillée. Les observations étaient anonymes. Tous les prestataires qui auraient pu être observés durant le processus de transfert ont été informés de l'objectif avant le début des collectes de données. Les membres pouvaient refuser de participer à tout moment. L'infirmière cheffe de l'unité de soins intensifs a enseigné à une infirmière comment utiliser le modèle d'observations. Les deux infirmières ont évalué la fiabilité inter-évaluateurs pour cinq observations de transferts dans le but d'atteindre 90 % d'accord (l'accord était de 100 %). Après cela, la collecte de données a commencé. Les observations ont été effectuées entre 10h-19h.</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>Les équipes impliquées dans le transfert ont été formées entre décembre 2013 et janvier 2014. Des affiches ont été accrochées dans les salles de soins intensifs et des cartes de poche ont été distribuées.</p>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>Toutes les données ont été vérifiées deux fois et les valeurs aberrantes ont été examinées avant l'analyse via le programme IBM SPSS Statistics pour Windows version 22. La comparaison entre les périodes d'amélioration avant et après le processus a été effectuée à l'aide du test t pour les variables continues et du test <math>\chi^2</math> pour les variables nominales ou catégorielles sur le processus et les instruments de partages des informations. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour la comparaison des résultats de l'enquête entre les deux périodes. La signification statistique a été fixée à <math>P = 0,05</math>.</p>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Résultats pré-processus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreurs partage d'informations (6.1 +/- 2.8)</li> <li>• Interruption rapport (moyenne 84%)</li> <li>• Transferts équipements simultanés au rapport verbal</li> <li>• Satisfaction prestataires : 211 réponses <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 % → Ecoute du rapport interrompu</li> <li>• 20 % → Interruption du rapport est nuisant</li> <li>• 24 % → Insatisfaction du rapport</li> </ul> </li> </ul> <p>Mise en place d'affiches et de cartes de poche (figure 4)</p> <p>Amélioration post processus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreurs partage d'informations (1.7 +/- 1.5) : diminution significative</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps de transferts augmenté : augmentation non significative</li> <li>• Satisfaction prestataires : 95 réponses <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction globale du transfert (<math>P</math> à 0.065) : augmentation non-significative</li> <li>• Diminution des interruptions (<math>P</math> à 0.003) : diminution significative</li> <li>• Satisfaction des informations transmises lors des rapports (<math>P</math> à 0.01 et 0.008) : augmentation significative</li> </ul> </li> </ul>
<b>Forces</b> <b>Limites</b> <b>Niveau de preuve</b>	<p><b><u>Forces</u></b>  L'identification des problèmes de transferts et l'élaboration d'un processus de transferts standardisés (qui comprend la préparation de la salle, la limitation des distractions et l'utilisation d'un modèle de communication standardisé) réduisent les erreurs. Les patients doivent recevoir des soins de santé sûrs et de qualité, y compris des transferts sans erreurs. La participation multidisciplinaire est essentielle pour améliorer à la fois le processus de transfert et la satisfaction des cliniciens. Toutes les équipes participant à l'élaboration du nouveau transfert ont appris à s'adapter et à changer leur pratique, ce qui permet d'améliorer le transfert dont les informations critiques partagées et une réduction des erreurs et donc des préjudices pour les patients</p> <p><b><u>Limites</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'observations le week-end et la nuit signifient que les transferts effectués alors qu'il y avait moins de personnel étaient susceptible d'avoir limitée l'exactitude des résultats</li> <li>• Différence d'observateurs pré et post processus aurait pu fausser les résultats, et aucun test de fiabilité inter-évaluateurs a pu être effectué pour comparer l'observateur de la période pré-intervention avec les observateurs de la période post-intervention</li> <li>• Diminution du nombre d'enquêtes terminées au cours de la période post-intervention</li> <li>• Prestataires insatisfaits ont peut-être été plus susceptibles de terminer l'enquête au cours de la période de pré-intervention. Le changement d'observateurs distribuant les enquêtes peut avoir eu un certain effet, ou une diminution de l'intérêt peut s'être produite pendant la durée prolongée de l'étude</li> <li>• Refus de participer à l'étude de 7% des infirmières. Certaines ont été observées à plusieurs occasions, ce qui peut avoir faussé les résultats.</li> </ul> <p><b><u>Niveau de preuve</u></b>  Selon F. Boukar (Evidence based nursing 1(EBN1) Fondements et niveaux de preuves [Présentation Power Point], 17 septembre 2018, l'étude quantitative est de niveau III sur l'échelle de RNAO.</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Cette étude permet de se rendre compte du nombre d'erreurs de processus de transferts et des erreurs de partages d'informations ainsi que de la satisfaction des prestataires entre deux phases avant-après la mise en place de protocoles standardisés. Cette étude nous permettra de fournir des informations à notre revue de littérature sur l'amélioration post intervention et sur l'impact des outils de transferts sur la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que sur la continuité des soins.</p>

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Krimminger, D., Sona, C., Thomas-Horton, E., & Schallom, M. (2018). A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers. <i>American Journal of Nursing</i> , 118(2), 48–59. <a href="https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60">https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le problème est une mauvaise qualité des transferts, Par déduction la population cible de l'étude sont les prestataires des salles d'opérations et des unités de soins intensifs
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé se présente en forme de sous points dans lesquelles se trouve la problématique et les objectifs, la méthode, les résultats, la conclusion et les mots clés.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de l'étude est clairement formulé dans le contexte ; l'amélioration de l'efficacité de la communication est l'objectif national de la sécurité des patients. De plus, à partir de 2012, des équipes de soins se sont plaints d'une insatisfaction lors des processus de transferts de la salle d'opération à l'unité de soins intensifs.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, il existe un paragraphe démontrant les recherches antérieures sur le sujet, ainsi que leurs résultats. Recherche documentaire : articles 2004-2011 sur les initiatives et instruments de qualité des transferts Voici quelques points clés de ces études : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éléments critiques du transfert <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée : variation du temps est non-significatif</li> <li>• Incapacité d'entendre le rapport</li> <li>• Interruptions fréquentes (cause appel téléphonique)</li> <li>• Manque de personnel ou d'équipement</li> </ul> </li> <li>• Instrument de satisfaction des prestataires <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode de transmissions : verbale, verbale avec prise de notes, verbale avec documentation : La meilleure méthode est la transmission verbale</li> </ul> </li> </ul>

					<p>accompagnée d'une feuille d'informations dactylographiée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instauration protocole standardisé (21 éléments) : diminution des omissions d'informations, amélioration importante observée post-mise en place protocole standardisé.</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Non, il n'y pas de définition précise mais l'hypothèse du concept de qualité des soins peut s'imposer par la présence d'une initiative de qualité favorisant la sécurité des patients
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'objectif principal de l'initiative de qualité était d'examiner l'impact d'un processus de transfert standardisé entre la salle d'opération et l'unité de soins post-anesthésiques et sur la fréquence des erreurs de processus et de partage d'informations entre les fournisseurs. Le deuxième objectif était d'examiner la satisfaction des prestataires à l'égard du transfert. La durée a aussi été quantifiée.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	<p>Le devis de l'étude n'est pas clairement cité. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale (2012-2016) qui rassemble plusieurs statistiques en quantifiant les actions et les données transmises ainsi que la satisfaction. L'étude a utilisé trois formes d'évaluation quantitative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation des erreurs de processus de transferts (oui et non =1)</li> <li>• Evaluation des erreurs de partage d'informations (oui et non =1)</li> <li>• Evaluation de la satisfaction du prestataire (1 à 5)</li> </ul> <p>Le plan d'amélioration des processus comprenait 2 parties (pré et post-formation) pour améliorer le processus de transfert et les résultats de l'amélioration du processus.</p>
Population Echantillon Contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il s'agit d'une équipe de 12 cliniciens qui a mené une étude de qualité pré et post observationnelle dans un grand centre médical affilié à l'université qui comprend une unité de soins intensifs cardiothoraciques (21 lits) et qui effectue beaucoup

				<p>d'interventions chirurgicales et donc qui nécessite de fréquents transferts de la salle d'opération vers l'unité de soins intensif.</p> <p>Les observations d'amélioration avant le processus ont été effectuées entre août 2012 et mai 2013. Il y comptait une infirmière clinicienne gestionnaire, deux infirmières gestionnaires adjoints et une infirmière clinicienne spécialisée. L'équipe médicale des soins intensifs comprenait des intensivistes, des stagiaires et résidents en chirurgie et en anesthésie, une infirmière de soins généraux, des infirmières en pratique avancée des étudiants en médecine.</p> <p>Les infirmières de pratique avancée étaient principalement des infirmières praticiennes.</p> <p>L'équipe multidisciplinaire impliquée dans le transfert du bloc opératoire à l'unité de soins intensifs comprenait des infirmières de l'unité de soins intensifs, un membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs, un physiothérapeute respiratoire, un chirurgien ou un résident-stagiaire en chirurgie cardiothoracique et un anesthésiste, qui aurait pu être une infirmière anesthésiste agréée, un résident ou un stagiaire en anesthésie.</p>
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X	Non, nous savons simplement qu'il s'agit des personnes susmentionnées mais sans informations précises sur laquelle des ses personnes effectue quels transferts.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X		Au total, 76 observations d'amélioration avant (n=38) et après (n=38) le processus ont été réalisées. Un observateur a effectué toutes les observations de base et deux infirmières ont effectué les observations post-intervention.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X		Une équipe de 10 infirmières de l'unité de soins intensifs et deux médecins ont examiné la littérature, conçu l'étude et mis au point des instruments pour évaluer les erreurs de processus de transferts et les erreurs de partages d'informations. Pour évaluer la satisfaction des prestataires avant et après l'initiative d'amélioration des processus, l'équipe a adapté un instrument

					de satisfaction des prestataires développé par Catchpole et ses collègues, créant une échelle de réponse en cinq points, de type Likert, où 1 = fortement en désaccord et 5 = fortement d'accord. Cet outil a été utilisé sous forme d'enquête de satisfaction (sondage) à remettre dans une boîte verrouillée.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, ils correspondent à chaque interrogation de leur étude.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>Une équipe de 10 infirmières de soins intensifs et 2 médecins ont examiné la littérature, conçu l'étude et développé des instruments pour évaluer les erreurs de processus de transferts et les erreurs de partages d'informations. Pour évaluer la satisfaction des prestataires avant et après l'initiative d'amélioration des processus, l'équipe a adapté un instrument de satisfaction des prestataires (développé par Catchpole → échelle type Likert)</p> <p>L'infirmière cheffe de l'unité de soins intensifs a enseigné à une infirmière comment utiliser le modèle d'observation. Les deux infirmières ont évalué la fiabilité inter-évaluateurs pour cinq observations de transferts dans le but d'atteindre 90 % d'accord (ils ont en fait atteint 100 % d'accord). Après cela, la collecte de données a commencé. Les observations ont été effectuées entre 10h-19h.</p> <p>Dans un effort pour réduire les biais concernant les mesures des résultats, elles n'ont pas participé à l'élaboration des instruments d'observations ou d'enquêtes. Un observateur a effectué toutes les observations d'amélioration avant le processus. Pour la période post-processus, deux observateurs supplémentaires ont été formés pour mener les observations. Ni l'un ni l'autre n'ont participé à la planification originale de l'étude ou dans la conception de la nouvelle amélioration du processus de transfert.</p>

					Les observations d'amélioration avant le processus ont été effectuées entre août 2012 et mai 2013. Les équipes impliquées dans le transfert ont été formées entre décembre 2013 et janvier 2014. Ils ont reçu des affiches plus des cartes de poche. Les observations d'amélioration post-processus ont commencé en septembre 2014 jusqu'en septembre 2016.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	<p>Une infirmière du service d'excellence opérationnelle de l'hôpital, qui aide à l'amélioration des processus, a participé au projet. Pour garantir l'anonymat des répondants, ils n'ont pas enregistré leurs noms mais uniquement le mois, l'année, l'heure et la journée.</p> <p>Le personnel pouvait refuser de participer aux observations à tout moment. Une liste des prestataires de soins de santé qui ont refusé de participer - 10 des 143 membres du personnel a été tenu, soit 7%.</p> <p>Cette étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'université. Par conséquent le CISR a accordé une renonciation au consentement du patient. Aucun renseignement personnel sur la santé n'a été enregistré. L'observateur n'a enregistré aucune information démographique identifiable sur les patients sur les fiches de collectes de données.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Toutes les données ont été vérifiées deux fois et les valeurs aberrantes ont été examinées avant l'analyse. La comparaison entre les périodes d'amélioration avant et après le processus a été effectuée à l'aide du test t pour les variables continues et du test $\chi^2$ pour les variables nominales ou catégorielles sur le processus et les instruments de partages des informations. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour la comparaison des résultats de l'enquête entre les deux périodes. La signification statistique a été fixée à $P = 0,05$ .

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration pré-processus             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreurs partage d'informations (6.1 +/- 2.8)</li> <li>• Interruption rapport (moyenne 84%)</li> <li>• Transferts équipement simultanés au rapport verbal</li> <li>• Satisfaction prestataires : 211 réponses                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 % → Ecoute du rapport interrompu</li> <li>• 20 % → Interruptions du rapport est nuisant</li> <li>• 24 % → Insatisfaction du rapport</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Mise en place d'affiches et de cartes de poche (figure 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration post-processus             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreurs partage d'informations (1.7 +/- 1.5) : diminution significative</li> <li>• Temps de transferts augmenté : augmentation non-significative</li> <li>• Satisfaction prestataires : 95 réponses : Amélioration                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction du transfert (<math>P</math> à 0.065) : augmentation non-significative</li> <li>• Diminution interruptions (<math>P</math> à 0.003) : diminution significative</li> <li>• Satisfaction informations rapport (<math>P</math> à 0.01 et 0.008) : augmentation significative</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui les résultats sont démontrés de manière claire et synthétique sous forme de tableaux ainsi qu'en résumé narratif.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	L'objectif du transfert normalisé des patients du bloc opératoire vers l'unité de soins intensifs est de garantir un transfert sûr des patients. Par exemple, l'étude a également souligné l'importance de communiquer les besoins essentiels du patient plutôt que les informations du bloc opératoire pendant l'installation du patient. Ces deux améliorations du processus ont permis de réduire les interruptions et d'améliorer la capacité d'entendre les rapports, ce qui a entraîné une meilleure satisfaction du prestataire.



	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		<p>Oui, par exemple, l'étude de Pothier qui a permis la transmission davantage d'informations transmises pendant le rapport car une combinaison d'un rapport imprimé d'un rapport verbal a été effectué.</p> <p>Dans une revue systématique, Segall et ses collègues ont noté que "de nombreux auteurs conseillent" plusieurs améliorations pour garantir l'attention lors du transfert d'informations des patients en toute sécurité. Ces recommandations comprenaient l'élaboration d'un processus normalisé, l'achèvement des tâches cliniques urgentes avant le partage des informations, en discutant uniquement des informations spécifiques au patient lors de transferts, en veillant à ce que les membres clés de l'équipe soient présents pour la remise de l'équipement, et éduquer tous les membres de l'équipe dans le travail d'équipe et les compétences en matière de communication. Nous avons inclus ces cinq recommandations, et nous avons estimé que le branchement critique de l'équipement de surveillance des patients avant le partage des informations était une tâche clinique urgente.</p> <p>Dans une étude, Kitney et ses collègues ont examiné une session de formation (cartes de poche) avec des prestataires d'anesthésie et des infirmières de l'unité de soins post anesthésiques, dans laquelle le modèle de communication ISBAR (identification-situation-background-assessment / actions-responsabilité / référence) a été examiné.</p> <p>Manser et ses collègues ont effectué une étude de la communication de l'équipe pendant la remise de la salle d'opération à l'unité de soins post-anesthésiques. La qualité d'un transfert implique plus que la communication d'informations sur le patient ; cela comprend également la prévision et l'anticipation des problèmes potentiels du patient. Dans cette étude, ils ont considéré que la partie rapport de la passation était réussie</p>
--	---------------------------------------------------------	---	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					lorsque chaque membre de l'équipe des soins intensifs avait écouté attentivement l'anesthésiste et le prestataire chirurgical partageant des informations dans une pièce calme sans interruptions. L'anesthésiste et le prestataire chirurgical ont exprimé leur plus grande préoccupation, ils ont eu le temps de répondre aux questions à la fin du rapport. Ce processus a permis d'identifier les complications opératoires subies par le patient et d'analyser de manière critique afin de se préparer à d'éventuels problèmes futurs. Ils ont exigé la présence des personnes clés lors de transferts, l'idée provenait de l'étude ci-dessus.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'absence d'observations le week-end et la nuit signifie que les transferts effectués alors qu'il y avait moins de personnel étaient susceptibles d'avoir limité l'exactitude des résultats. La différence d'observateurs pré et post processus aurait pu fausser les résultats, et ils n'ont pas pu effectuer un test de fiabilité inter-évaluateurs pour comparer l'observateur dans la période pré-intervention avec les observateurs de la période post-intervention. De plus, il y a eu moins d'enquêtes terminées au cours de la période post-intervention. Les prestataires insatisfaits ont peut-être de terminer l'enquête au cours de la période de pré-intervention. Le changement d'observateurs distribuant les enquêtes peut avoir eu un certain effet, ou une diminution de l'intérêt peut s'être produite pendant la durée prolongée de l'étude. Enfin, une autre limite possible est que 7% des prestataires de soins, toutes infirmières, ont refusé de participer à l'étude ; par conséquent, certaines infirmières ont probablement été observées à plusieurs occasions, ce qui peut avoir faussé les résultats.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Il n'y a pas de renseignements sur la généralisation.
	Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		L'identification des problèmes de transferts et l'élaboration d'un processus de transfert standardisé (qui comprend la préparation de la salle, la limitation des distractions et l'utilisation d'un

					modèle de communication standardisé) réduisent les erreurs. Les patients doivent recevoir des soins de santé sûrs et de qualité, y compris des transferts sans erreurs. La participation multidisciplinaire est essentielle pour améliorer à la fois le processus de transfert et la satisfaction des cliniciens. Toutes les équipes participant à l'élaboration du nouveau processus ont appris à s'adapter et à changer leur pratique, ce qui permet d'améliorer le transfert et l'information critique partagée et donc de réduire les erreurs et les préjudices aux patients.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Il n'y pas de recommandation pour de futures recherches, cependant nous pouvons imaginer qu'il serait intéressant d'étudier la forme de structure standardisé tel qu'ils le citent dans la discussion avec le modèle ISBAR ou des check-lists.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui l'article comprend plusieurs schémas permettant une analyse claire du contenu de l'étude.
Commentaires					

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Article N° 2

Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche qualitative

Eléments du rapport	Résumé
Références complètes	Coleman, K., Redley, B., Wood, B., Bucknall, T., & Botti, M. (2015). Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement. <i>The Journal of Perioperative Nursing in Australia</i> , 28(1), 10–14. <a href="https://doi.org/10.26550/jpn.281.01">https://doi.org/10.26550/jpn.281.01</a>
Introduction Problème de recherche	Les défaillances de communication contribuent de manière significatives aux événements indésirables évitables et aux dommages subis par les patients dans les hôpitaux ; en particulier dans les environnements péri-opératoires. Le transfert des patients est la forme de communication clinique la plus fréquente dans les hôpitaux et une source de risque bien connue pour leur sécurité. Dans l'unité de soins post-anesthésiques, le risque d'erreurs de communication lors du transfert est accru par le taux élevé de rotation de patients, la charge cognitive élevée des cliniciens qui s'occupent de cette patientèle complexe et vulnérable, des distractions environnementales et les différentes attentes entre les médecins anesthésistes et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques.
Recension des écrits	Peu d'études sont disponibles pour orienter les méthodes de mise en œuvre et de maintien des stratégies d'amélioration de la qualité du transfert dans des environnements cliniques aigus complexes. Aucune étude n'a spécifiquement porté sur le secteur hospitalier privé australien. Les recherches examinant la communication interdisciplinaire lors des transferts dans les unités de soins post-anesthésiques sont rares.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique. Le concept de qualité des soins sont mis en avant afin de favoriser la sécurité des patients. La mise en œuvre de outils a été guidé par la théorie de modèles « Promoting action on reserch implementation in Health services » (PARiHS) et « Knowledge-to-action » (KTA).
Question de recherche/buts	Cette étude a pour but d'explorer les expériences des cliniciens en matière d'adoption des outils d'amélioration de la qualité pour standardiser la communication interprofessionnelle lors de transferts du médecin anesthésiste aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Deux questions de recherche ont guidé cette étude : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelles ont été les expériences des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques en matière d'adoption d'outils pour standardiser les transferts dans l'unité de soins post-anesthésiques ?</li> <li>2. Qu'est ce qui a influencé leur adoption des outils dans leur pratique ?</li> </ol>

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il s'agit d'un devis qualitatif phénoménologique descriptif.
Population, Echantillon Contexte	<p><b>Contexte</b> L'étude a été menée dans deux hôpitaux privés australiens dans la région métropolitaine de Melbourne.</p> <p><b>Population</b> Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques.</p> <p><b>Echantillon</b> 17 infirmières qui travaillent sur la liste permanente de l'unité de soins post-anesthésiques pendant au moins deux quarts de travail (tableau 2). L'échantillon a été séparé en quatre focus groupes.</p>
Méthode de collecte des données	Une discussion a été mise en place à l'aide des questions ci-dessus avant et après l'intervention (outil avec formation) afin d'explorer les expériences des infirmières lors des transferts de patients des anesthésistes aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Des questions semi-structurées ont été utilisées pour guider les groupes de discussion. Ces discussions ont été enregistrées sur bandes audio, transcrites mots à mots et dépersonnalisées pour être analysées.
Déroulement de l'étude	Les deux hôpitaux avaient participé à des étapes antérieures de recherche et avaient adopté les outils nécessaires pour normaliser le transfert dans l'unité de soins post-anesthésiques. Ces outils comprenaient : un outil de processus « COLD » (Connect, Observe, Listen, Delegate), l'outil de contenu de transfert « IsoBAR », une liste de contrôle de sécurité en 10 points. La stratégie de mise en œuvre a été guidée par la théorie des modèles « Promoting Action Research Implementation in Health Services » (PARIHS) et « Knowledge-to-action » (KTA). La mise en œuvre dans chaque hôpital a été menée par un clinicien formé et qui a lui-même dispensé une formation aux autres membres du personnel. Puis, il les a soutenus et encouragés à l'utilisation des outils. Deux entretiens avec des groupes de discussions ont été menés sur chaque site. Les premiers groupes de discussion ont été organisés avant l'introduction des outils d'amélioration. Les seconds ont eu lieu entre trois et cinq mois après la mise en œuvre des outils. Des questions semi-structurées ont été utilisées pour guider les groupes de discussion. Ces discussions ont été enregistrées sur bandes audio, transcrites mots à mots et dépersonnalisées pour être analysées. Elles ont été analysées indépendamment par deux chercheurs à l'aide de la méthode du cadre qualitatif.
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été obtenue dans les hôpitaux et dans l'université affiliée.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Les données des entretiens ont été analysées en utilisant la cadre PARIHS (contexte, preuves et facilitation) comme outil d'analyse déductive. Les discussions ont été analysées indépendamment par deux chercheurs.

Présentation des résultats	<p><b><u>Les infirmières l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 1</u></b></p> <p>Elles ont adopté les outils d'amélioration du transfert et ont prévu de maintenir leurs utilisations.</p> <p><i>Focus Groupe 1 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant la mise en œuvre ont décrit les transferts de l'unité de soins post-anesthésiques comme « dangereux »</li> <li>• Crainte que les anesthésistes prennent des mesures punitives et réagissent avec de la colère si les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques posent trop de questions.</li> </ul> <p><i>Focus Groupe 2 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disent que les anesthésistes sont distraits en essayant d'observer le patient</li> <li>• Ont signalé un changement de pratique ou les infirmières aident les autres membres du personnel à s'assurer que la personne qui reçoit le transfert peut se concentrer sur ce qui est dit, en facilitant un temps d'écoute</li> <li>• Doivent rappeler le chirurgien lorsqu'aucun ordre a été écrit</li> <li>• Ont déclaré se sentir intimidées par les humeurs des anesthésistes</li> <li>• Ont exprimés leur réticence à adopter les outils d'amélioration, conséquence directe avec certains anesthésistes. Une infirmière a déclaré avoir été ignorée plusieurs fois lorsqu'elle a demandé du temps pour connecter les moniteurs avant de commencer le rapport verbal</li> <li>• Après la mise en œuvre, les infirmières ont déclaré que les outils d'amélioration avaient été assez bien introduit et que les personnes les avaient adoptés</li> <li>• Ont décrit les rôles importants des dirigeant locaux pour faciliter la mise en œuvre des outils.</li> </ul> <p><b><u>Les infirmières l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 2</u></b></p> <p>Ont fait état d'une utilisation limitée des outils et d'une réticence à les adopter dans leur pratique, bien qu'elles voient l'intérêt de leurs utilisations.</p> <p><i>Focus Groupe 1 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant la mise en œuvre, elles ont décrit les transferts de l'unité de soins post-anesthésiques comme « précipité »</li> <li>• Les transferts ont été décrits comme informels et récités trop rapidement par les anesthésistes.</li> <li>• Bien qu'elles aient reconnu la nécessité de poser des questions pour s'assurer qu'elles disposaient d'informations suffisantes. Une infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques a décrit le malaise ressenti car un anesthésiste utilisait l'outil comme une plaisanterie.</li> </ul> <p><i>Focus Groupe 2 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Après la mise en œuvre, elles ont déclaré avoir le sentiment que les transferts n'ont pas changés</li> <li>• Disent que les anesthésistes font passer le patient par la porte, et qu'ils font tout en même temps pendant le transfert verbal</li> <li>• Déclarent devoir quitter la chambre tout le temps pour aller chercher des affaires et devoir faire des allers-retours entre l'anesthésiste et le chirurgien</li> </ul>
----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Avoir eu des interactions difficiles avec les anesthésistes en parlant des mauvaises pratiques de transferts qui rendent le travail tendu et difficile. Que les anesthésistes n'aiment pas que les infirmières leur disent quoi faire et craignent que ceux-ci le prennent personnellement
- Ont fait part de leur réticence à utiliser les outils en disant qu'il y avait un manque de voix fortes et l'absence de soutien clair de la part de leur gestionnaire
- Elles disent aussi ne pas avoir suffisamment d'autorité pour contester les anesthésistes à adopter les outils
- Elles ont déclaré d'avoir peur d'être puni par la direction si elles causaient des difficultés aux anesthésistes même si cela était dans l'intérêt de leurs patients
- Elles ont aussi déclaré avoir une connaissance générale limitée sur les outils dans leur service. Elles n'ont vu aucune promotion de l'outil ni d'éducation à celui-ci. La mise en œuvre de celui-ci était absente par les dirigeants. De plus avec le fort impact des chirurgiens et des anesthésistes et des médecins considérés comme des clients, les infirmières étaient réticentes à utiliser les outils malgré leurs avis.

**Les outils d'amélioration du transfert ont fourni une preuve pour l'amélioration de la pratique des unités de soins post-anesthésiques**

- Avant la mise en œuvre des outils dans l'unité de soins post-anesthésiques, les infirmières ont déclaré que l'expérience clinique antérieure était la principale forme de preuves qu'elles utilisaient pour guider leur pratique lors des transferts
- Après la mise en œuvre, dans les groupes de discussion les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré que les outils d'amélioration leur avaient fourni une source utile de connaissances sur les transferts. Les outils semblent avoir influencé leurs attentes en matière de transferts et les ont aidés à identifier les lacunes dans leurs pratiques de transferts
- Avant la mise en œuvre, les participants ont identifié des pratiques de transferts potentiellement risquées. Les infirmières des deux hôpitaux ont déclaré avoir recours à des pratiques qui prennent beaucoup de temps comme : Rechercher dans les notes du patient pour combler les manques d'informations lors des transferts plutôt que de poser des questions directement au moment du transfert
- Après la mise en œuvre, les infirmières des deux sites ont identifié les risques potentiels pour la sécurité des patients associés à leurs pratiques, rendus visibles par les outils.

Les résultats ci-dessus suggèrent que les infirmières ont reconnu l'importance de réduire les distractions ou les interruptions en utilisant un « time-in » pendant le transfert verbal, comme spécifié dans les outils de l'unité de soins post-anesthésiques. Les participants ont également décrit une série de conséquences des mauvaises performances de transfert et des pratiques compensatoires qui souvent entraînent un retard dans les prestations des soins. En outre, les participants ont estimé que ces événements avaient un effet négatif sur la qualité des soins aux patients.



	<p><b><u>Le contexte du lieu de travail a influencé l'adoption des outils d'amélioration du transfert</u></b></p> <p>Le contexte du lieu de travail est apparu comme une influence importante sur l'adoption des outils d'amélioration de qualité par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Dans les deux sites, les infirmières ont déclaré se sentir intimidées par les comportements des anesthésistes. L'intimidation et la colère inappropriée sont couramment décrites comme des « comportements perturbateurs » et sont connus pour entraver la communication interdisciplinaire et gêner la transmission d'informations, augmenter le stress du personnel et saper le moral et nuire à la sécurité du patient. Elles ont déclaré qu'elles devaient poser des questions aux anesthésistes lors des transferts car cela exigeait d'elles qu'elles soient « assertives ». Les différences contextuelles sont apparues différemment dans les deux hôpitaux, ce qui peut s'expliquer en partie par l'exploration des perceptions de l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques concernant la facilitation organisationnelle de l'adoption des outils d'amélioration du transfert dans leur hôpital (soutien direction).</p> <p><b><u>Soutien organisationnel explicite adoption facilitée des outils</u></b></p> <p>Des différences entre les hôpitaux sont apparues dans les expériences des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques en matière de facilitation à l'adoption des outils d'amélioration du transfert. Après la mise en œuvre, les infirmières de l'hôpital 1 ont déclaré que les outils d'amélioration avaient été assez bien introduits et que les personnes les avaient adoptés. En revanche, les infirmières de l'hôpital 2 ont indiqué que les outils étaient peu reconnus dans leurs services et que les pratiques de transferts n'avaient pas changé suite à leur mise en œuvre. Les analyses de la facilitation de la mise en œuvre ont révélé que le rôle de la direction a peut-être une influence majeure sur les succès de la mise en œuvre. À l'hôpital 1, bien qu'elles aient exprimé des craintes quant à l'affirmation de soi et au questionnement des anesthésistes, elles ont dit se sentir soutenues par leur direction pour l'utilisation des outils. Ces résultats soulignent l'influence clé des dirigeants locaux. Cependant, les infirmières de l'hôpital 2 ont fait part de leur réticence à utiliser les outils en disant qu'il y avait un manque de voix fortes. La littérature suggère également que l'échec des infirmières à s'engager dans la qualité des stratégies d'amélioration peuvent être attribué à la démoralisation. Le manque d'autorité des infirmières et de mauvaise collaboration du personnel médical sont des obstacles supplémentaires à l'utilisation de la recherche et la mise en œuvre des meilleures pratiques.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Dans l'ensemble, les outils d'amélioration ont été perçus comme étant bien adaptés à l'unité de soins post-anesthésiques, aux besoins des infirmières et comme comblant les lacunes de la pratique. Certaines infirmières restent réticentes à adopter ces outils dans leur pratique. Les résultats suggèrent que le leadership et le soutien organisationnel sont des facilitateurs principaux pour soutenir les infirmières dans la gestion de nombreux défis. Des obstacles tels que la perception des relations hiérarchiques et les comportements perturbateurs ont été identifiés comme des risques pour une bonne communication interdisciplinaire.</p>
<b>Forces</b> <b>Limites</b>	<p><b>Forces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Première étude sur l'adoption d'outil de transfert</li> <li>• Vision large allant des preuves, du contexte et de l'adoption de l'outil</li> <li>• Les résultats fournissent des informations importantes qui peuvent être utilisées pour orienter les recherches futures.</li> </ul>



	<b>Limites</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petit nombre de site et de participants</li> <li>• L'accent mis uniquement sur le secteur privé, et que les médecins soient considérés comme des clients.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	Cette étude confirme la nécessité de mener des recherches futures pour explorer le potentiel des outils de communication de transferts pour améliorer les relations interpersonnelles et les résultats en matière de sécurité des patients.
Commentaires	L'importance de l'institution, ce qui crée un lien avec le cadre théorique soit la théorie de Nadot et le système culturel.

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Coleman, K., Redley, B., Wood, B., Bucknall, T., & Bottai, M. (2015). Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement. <i>The Journal of Perioperative Nursing in Australia</i> , 28(1), 10–14. <a href="https://doi.org/10.26550/jpn.281.01">https://doi.org/10.26550/jpn.281.01</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Oui, il s'agit de l'influence des interactions interdisciplinaires sur l'adoption des outils de transferts.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, le résumé contient les chapitres suivants : l'objectif, la méthode, les principaux résultats, la conclusion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Les défaillances de communication contribuent de manière significative aux événements indésirables évitables et aux dommages subis par les patients dans les hôpitaux ; en particulier dans les environnements péri-opératoires. Le transfert des patients est la forme de communication clinique la plus fréquente dans les hôpitaux et une source de risque bien connue pour la sécurité des patients. Dans l'unité de soins post-anesthésiques, le risque d'erreur de communication lors du transfert est accru par le taux élevé de rotation des patients, la charge cognitive élevée des cliniciens qui s'occupent de patients complexes, malades et vulnérables, les distractions environnementales et les différences professionnelles entre les anesthésistes et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques en ce qui concerne leurs attentes, leurs attitudes, leurs styles de communication et la hiérarchisation des informations destinées aux patients lors du transfert.
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Les solutions efficaces et durables spécifiques aux transferts interdisciplinaires dans les environnements péri-opératoires ont été difficiles à trouver.

					<p>Les études sur la sécurité des patients au cours des transitions de soins montrent que la présence constante des infirmières au chevet des patients aigus et vulnérables dans tous les types de soins signifie qu'elles doivent assumer la responsabilité de la continuité des soins et de la sécurité des patients au cours des transitions de soins impliquant d'autres disciplines. Dans les hôpitaux privés australiens, les infirmières constituent le seul personnel permanent dans les cadres péri-opératoires, car les anesthésistes et les chirurgiens travaillent généralement de manière intermittente. L'engagement du personnel infirmier est donc essentiel pour le succès et la durabilité des initiatives visant à améliorer le transfert interdisciplinaire et la sécurité des patients lors des transitions dans les environnements péri-opératoires</p> <p>Les recherches montrent toutefois que les infirmières sont souvent réticentes à influencer la pratique sur leur lieu de travail en raison de facteurs contextuels, environnementaux et interpersonnels complexes. Peu d'études sont disponibles pour orienter les méthodes de mise en œuvre et de maintien des stratégies d'amélioration de la qualité du transfert dans des environnements cliniques aigus complexes tels que l'unité de soins post-anesthésiques et aucune n'a spécifiquement porté sur le secteur hospitalier privé australien.</p> <p>Les recherches examinant la communication interdisciplinaire lors du transfert dans les unités de soins post-anesthésiques sont rares et les perspectives uniques des infirmières de l'unité post-anesthésiques concernant la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité de la communication interdisciplinaire lors du transfert n'ont pas été examinées.</p>
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Non, il n'y pas de définition précise mais l'hypothèse est que le concept de qualité des soins peut être imaginée au vu des buts de la présente étude.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>Cette étude a pour but d'examiner les expériences des infirmières en matière d'adoption d'outils d'amélioration de la qualité destinés à standardiser le transfert interdisciplinaire du bloc opératoire à l'unité de soins post-anesthésiques dans deux hôpitaux privés australiens. L'étude s'inscrivait dans le cadre d'un programme de recherche longitudinal plus vaste visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients en standardisant la communication interdisciplinaire sur les transferts de patients dans l'unité de soins post-anesthésiques. Les travaux initiaux sont financés par le programme pilote national de transfert clinique de la Commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé.</p> <p>Des questions semi-structurées ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles ont été les expériences des infirmières de l'unité post-anesthésiques en matière d'adoption d'outils pour standardiser la passation de pouvoirs dans l'unité post-anesthésiques ?</li> <li>• Qu'est-ce qui a influencé l'adoption de ces outils dans la pratique ?</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique descriptive (= comprendre une expérience telle que les participants l'on vécu).
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui, vu que le but de la recherche est de comprendre les expériences des infirmières dans l'adoption d'outils de transferts pour améliorer leur pratique. Le devis qualitatif phénoménologique a pour centre d'intérêt un phénomène particulier (adoption outils de transferts) et comment il est vécu et par les êtres humains (infirmières).
Population Echantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de deux hôpitaux privés australiens.

Contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			<p>Les participants étaient 17 infirmières qui travaillaient sur la liste permanente de l'unité de soins post-anesthésiques pendant au moins deux quarts de travail par semaine (tableau 2).</p> <p><b>Hôpital 1</b> Focus groupe 1 → 6 infirmières Focus groupe 2 → 6 infirmières</p> <p><b>Hôpital 2</b> Focus groupe 1 → 2 infirmières Focus groupe 2 → 3 infirmières.</p>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			<p>L'étude a été menée dans deux hôpitaux privés situés dans la région métropolitaine de Melbourne. Tous deux, avaient participé à des étapes antérieures de la recherche et avaient convenu d'adopter les outils nécessaires pour normaliser le transfert dans leurs unités de soins post-anesthésiques. Ces outils sont utilisés pour garantir que le transfert d'informations soit complet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil de processus "COLD" (Connect, Observe, Listen, Delegate),</li> <li>• Outil de contenu de transfert "ISoBAR"</li> <li>• Liste de contrôle de sécurité en 10 points (tableau 1)</li> </ul> <p>Deux entretiens avec des groupes de discussion ont été menés sur chaque site. Les premiers groupes de discussion ont été organisés avant l'introduction des outils d'amélioration du transfert de l'unité de soins post-anesthésiques et les seconds ont eu lieu entre trois et cinq mois après la mise en œuvre pour permettre l'adoption des outils.</p> <p>Des questions semi-structurées ont été utilisées pour guider les groupes de discussion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles ont été les expériences des infirmières de l'unité post-anesthésiques en matière d'adoption</li> </ul>

					<p>d'outils pour standardiser la passation de pouvoirs dans l'unité post-anesthésiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'est-ce qui a influencé l'adoption de ces outils dans la pratique ?</li> </ul> <p>Les conversations des groupes de discussion ont été enregistrées sur bande audio, transcrites mot à mot et dépersonnalisées pour être analysées.</p>
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			<p>Deux entretiens avec des groupes de discussion ont été menés sur chaque site. Les premiers groupes de discussion ont été organisés avant l'introduction des outils d'amélioration du transfert de l'unité de soins post-anesthésiques et les seconds ont eu lieu entre trois et cinq mois après la mise en œuvre pour permettre l'adoption des outils.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			<p>L'approbation éthique a été obtenue à la fois dans les hôpitaux et dans l'université affiliée.</p>
<b>Résultats</b> Traitement Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	<p>Peu claire, il a simplement été écrit par qui les données ont été analysées soit deux chercheurs sur quel concept clé ils se sont appuyés, soit PARIHS.</p> <p>Les transcriptions ont été analysées indépendamment par deux chercheurs à l'aide de la méthode du cadre qualitatif qui s'inspire des trois concepts clés du modèle PARIHS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Preuves → Référence aux sources de connaissances qui guident la pratique des cliniciens, y compris la recherche ou la formation, et les connaissances acquises à partir d'expériences pratiques</li> <li>Contexte → Référence à la qualité de l'environnement ou du cadre dans lequel les soins de santé sont prodigués ou la recherche mise en œuvre dans la pratique</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitation → Référence aux processus externes et internes qui inspirent et guident les processus de changement.</li> </ul>
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les conversations des groupes de discussion ont été enregistrées sur bande audio, transcrites mot à mot et dépersonnalisées pour être analysées. Les transcriptions ont été analysées par deux chercheurs à l'aide de la méthode du cadre qualitatif qui s'inspirait des trois concepts clés du modèle PARiHS pour guider la mise en œuvre de la pratique fondée sur les preuves.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés ( <i>verbatim</i> ) ?	X			<p>Oui, les résultats sont présentés selon les données de l'outil d'analyse et pour chaque hôpital. Ils contiennent également des extraits rapportés</p> <p>Dans l'ensemble, les outils d'amélioration du transfert ont été perçus comme étant bien adaptés à l'unité de soins post-anesthésiques, aux besoins des infirmières et comme comblant une lacune dans la pratique. Ils ont permis une suggestion aux participants d'un besoin de soutien pour l'amélioration des pratiques lors de la passation. Malgré cette constatation, les participants ont déclaré différentes perceptions de leur adoption et une utilisation continue des outils de remise dans les deux hôpitaux.</p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent qu'un leadership visible et un soutien organisationnel explicite ont été les principaux facilitateurs pour soutenir les infirmières dans la gestion de nombreux défis rencontrés lors de l'adoption du changement. Des obstacles tels que la perception des relations hiérarchiques et les comportements perturbateurs ont été identifiés comme des risques pour une communication interdisciplinaire inefficace. Le rôle de leadership efficace se trouve en première ligne pour aider le personnel infirmier à atténuer les obstacles cause pour le</p>

					<p>changement et à la mise en œuvre efficace de l'amélioration de la qualité dans les environnements cliniques.</p> <p><b>BENEFICES OUTILS DE TRANSFERTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant la mise en œuvre des outils d'amélioration, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré que l'expérience clinique antérieure était la principale forme de preuve qu'elles utilisaient pour guider leurs pratiques de transferts</li> <li>• Après la mise en œuvre, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré que les outils d'amélioration du transfert leur avaient fourni une source utile de connaissances sur les pratiques de transfert souhaitables, même lorsque leurs pratiques antérieures persistaient.</li> </ul> <p>L'exposition des infirmières aux outils d'amélioration du transfert de l'unité de soins post-anesthésiques semble avoir influencé leurs attentes en matière de transferts, cela leur a fourni des preuves utiles pour leur pratique et les aide à identifier les lacunes dans leurs pratiques de transferts.</p> <p>Les infirmières ont reconnu l'importance de réduire les distractions ou les interruptions en utilisant un "time-in" (arrêt d'écoute) pendant le transfert verbal, comme spécifié dans les outils de transfert.</p> <p><b>RISQUES LORS DES TRANSFERTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant la mise en œuvre, les participantes ont identifié des pratiques de transferts potentiellement risquées.</li> <li>• Elles ont décrit le transfert de l'unité de soins post-anesthésiques comme étant "précipité" (hôpital 2 FG1) et "dangereux" (hôpital 1 FG1).</li> <li>• Les processus ont été décrits comme informels et caractérisés par des anesthésistes récitant rapidement des informations "de mémoire" (Hôpital 2 FG 1).</li> </ul>
--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques des deux hôpitaux ont déclaré avoir recours à des pratiques qui prennent beaucoup de temps, comme la recherche dans les notes, pour combler les lacunes dans les informations relatives aux transferts</li> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont indiqué que ces pratiques qui prennent beaucoup de temps étaient "tout à fait évitables" si les pratiques de transferts de qualité et des listes de contrôle étaient respectées</li> <li>• Les participants ont estimé que ces événements avaient un effet négatif sur la qualité des soins aux patients.</li> </ul> <p>Il est intéressant de noter que lors des groupes de discussion avant la mise en œuvre des outils les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques n'ont pas établi de lien entre ces pratiques et l'augmentation des risques pour les patients.</p> <p><b>ADOPTION OUTILS DE TRANSFERTS</b></p> <p><u>Hôpital 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 1 ont déclaré avoir adopté les outils d'amélioration du transfert et ont prévu de maintenir leurs utilisations</li> <li>• Les participants de l'hôpital 1 ont signalé un changement de pratique où les infirmières "aident les autres membres du personnel à s'assurer que la personne qui reçoit le transfert peut se concentrer sur ce qui est dit" en facilitant un "temps d'écoute".</li> </ul> <p><u>Hôpital 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques à l'hôpital 2 ont fait état d'une utilisation limitée des</li> </ul>
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>outils et d'une réticence à les adopter dans leur pratique, bien qu'elles en voient l'intérêt.</p> <p><b>CONTEXTE HOSPITALIER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les groupes de discussion des deux sites hospitaliers, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont déclaré se sentir intimidées par les comportements et les "humeurs" des anesthésistes (hôpital 1 FG 2) ; avoir eu des interactions difficiles avec certains anesthésistes en parlant de mauvaises pratiques de transferts qui "rendent notre relation de travail [avec les anesthésistes] tendue et difficile à l'avenir" (hôpital 2 FG 2)</li> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont également exprimé leurs craintes de voir les anesthésistes prendre des mesures punitives</li> <li>• L'intimidation fréquente et la colère inappropriée sont couramment décrites comme des "comportements perturbateurs" et sont connues pour entraver la communication interdisciplinaire, gêner la transmission des informations, augmenter le stress du personnel, saper le moral et nuire à la sécurité des patients</li> <li>• Les participants ont décrit toute une série de façons dont l'attitude des anesthésistes influençait leur performance de transferts</li> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques des deux hôpitaux ont déclaré qu'elles évitaient de poser des questions aux anesthésistes lors des transferts, car cela exigeait d'elles qu'elles soient "assertives" (hôpital 1 FG 2), bien qu'elles aient reconnu la nécessité de poser des questions pour s'assurer qu'elles disposaient d'informations suffisantes pour soigner leurs patients.</li> </ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p><i>J'essaie de suivre [les outils de transfert], mais il y a bien sûr l'anesthésiste qui montre cette humeur devant vous. (Hôpital 1 FG 2)</i></p> <p><i>Une infirmière a déclaré avoir été "ignorée plusieurs fois" lorsqu'elle a demandé du temps pour connecter les moniteurs avant de commencer la passation verbale (Hôpital 1 FG 2).</i></p> <p><i>Une infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques a décrit le malaise ressenti car un anesthésiste utilisait les outils d'amélioration du transfert comme une plaisanterie, comme l'illustre ce qui suit : [Un anesthésiste] met un accent américain vraiment faux et le prend au dernier degré, se présente, donne son nom presque complet, son deuxième prénom, son nom de famille et les détails complets du patient. ... il se fout de tout quand il le fait, mais vous obtenez quand même les informations que vous recherchez. (Hôpital 2 FG 1)</i></p> <p>Les influences contextuelles sont apparues différemment dans les deux hôpitaux, ce qui peut s'expliquer en partie par les perceptions des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques concernant la facilitation organisationnelle de l'adoption des outils d'amélioration du transfert de l'unité de soins post-anesthésiques dans leur hôpital.</p> <p><b>SOUTIEN ORGANISATIONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des différences entre les hôpitaux sont apparues dans les expériences des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques en matière de facilitation de l'adoption des outils d'amélioration du transfert.</li> <li>• Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 1 ont déclaré que les outils d'amélioration du transfert avaient "été assez bien introduits et que les</li> </ul>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>gens les avaient adoptés" (hôpital 1 FG 2). Elles ont également décrit les rôles importants des dirigeants pour faciliter la mise en œuvre des outils d'amélioration du transfert. Il s'agit notamment de rappels, de soutien à la formation du personnel et de communication du plan de l'organisation pour soutenir l'adoption des outils d'amélioration du transfert dans la pratique. L'éducation "individuelle" effectuée par le "clinicien" et d'autres dirigeants (Hôpital 1 FG 2) a été identifiée comme une stratégie réussie qui a augmenté leur sensibilisation aux outils et à la stratégie de mise en œuvre. Bien qu'elles aient exprimé des craintes quant à l'affirmation de soi et au questionnement des anesthésistes, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 1 ont déclaré se sentir soutenues et habilitées quant à l'utilisation des outils</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En revanche, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 2 ont indiqué que les outils de transfert étaient peu connus dans leur service et que les pratiques de transferts n'avaient pas changé à la suite de la mise en œuvre. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de l'hôpital 2 ont fait part de leur réticence à utiliser les outils et ont attribué leur réticence à la perception qu'il y avait un manque de soutien clair et explicite de la part de leurs gestionnaires. En outre, les infirmières de l'hôpital 2 ont également déclaré avoir le sentiment de ne pas avoir suffisamment d'autorité (hôpital 2 FG 2) pour contester les anesthésistes à adopter les outils d'amélioration de transferts ou pour initier le changement de pratique de transferts sur leur lieu de travail. Elles ont déclaré craindre d'être "punies" ou réprimandées par la direction si elles causaient des difficultés avec les anesthésistes, même si cela était dans l'intérêt de leurs patients. Les médecins sont toujours considérés</li> </ul>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>comme des clients" (Hôpital 2 FG 2). Le manque d'autorité des infirmières et mauvaise coopération du personnel médical sont des obstacles supplémentaires à l'utilisation de la recherche et la mise en œuvre des meilleures pratiques.</p> <p><i>Il n'y a aucune chance que je mette en place cette mesure avant d'avoir reçu un message direct de mon directeur à ce sujet ... (Hôpital 2 FG 2)</i></p> <p>Les analyses de la facilitation de la mise en œuvre ont révélé que le rôle de la direction a peut-être eu une influence majeure sur le succès de l'introduction. Ces résultats soulignent l'influence clé des dirigeants locaux pour communiquer efficacement les objectifs organisationnels d'amélioration de la qualité afin que le personnel se sente soutenu pour utiliser les outils d'amélioration de transferts.</p>
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?			X	Ils répondent aux modèles utilisés pour l'analyse ainsi qu'à l'hypothétique concept utilisé (qualité des soins).
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Non, il n'y pas d'information à ce sujet.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?			X	Il y a quelques parties de résultats qui font appel à d'autres littératures. Comme par exemple : La littérature suggère également que l'échec des infirmières à s'engager dans les stratégies d'amélioration peuvent être attribuées à la démoralisation.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	Non, ils ne le citent pas directement mais au vu des limites de l'étude. Cela permet de comprendre leur intention négative face à la transférabilité.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Cette étude présente des limites importantes notamment le petit nombre de sites et de participants, ainsi que l'accent particulier mis sur le secteur privé (les médecins ne sont pas égaux aux infirmières, eux sont considérés comme des clients). Cette étude mérite donc de faire l'objet de recherches supplémentaires pour explorer le potentiel des

					outils de communication et les relations interprofessionnelles et les résultats en matière de sécurité des patients.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Oui, l'article est écrit de manière structurée. Cependant, il manque de synthèse au niveau des résultats ce qui permettraient de faire une analyse plus minutieuse de cette étude.
Commentaires :					

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Article N° 3

Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles : A quality improvement study

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche quantitative et mixte

Résumé de l'article	
Références complètes (APA style)	Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. <i>Acorn</i> , 29(1), 30–35. <a href="https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001">https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001</a>
But(s) de la recherche	Le but de l'étude est d'améliorer la qualité et de mesurer l'effet du programme d'éducation à l'utilisation de l'outil ISBAR lors des transferts vers l'unité de soins post-anesthésiques afin de limiter les événements indésirables à la suite de mauvais transferts de patients.
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative explicative longitudinale.
Contexte Population Echantillon	<p><u>Contexte</u> Observation des rapports des médecins anesthésistes pendant une semaine dans deux unités des soins post-anesthésiques différente d'hôpitaux à Melbourne afin d'effectuer une mesure de l'amélioration de qualité des transferts avec l'utilisation de l'outil ISBAR.</p> <p><u>Population</u> Un échantillon d'anesthésistes a été observé sur une période d'une semaine dans deux unités de soins post-anesthésiques de deux hôpitaux. Les transferts effectués par les anesthésistes qui ont remis leurs patients au personnel infirmier de l'unité de soins post-anesthésiques ont été inclus dans l'audit.</p> <p><u>Echantillon</u> Un échantillon d'anesthésistes a été observé sur une période d'une semaine dans deux unités de soins post-anesthésiques de deux hôpitaux. Les transferts ont été effectués par des anesthésistes aux personnels infirmiers des unités post-anesthésiques. Il n'est pas mentionné combien de personnes ont participé à l'étude ni leurs différentes professions. Il n'y avait pas de données quant à la taille de l'échantillon afin de comparer la conformité avant et après la mise en œuvre de l'outil de transfert ISBAR. Au total 283 transferts ont été observés.</p>
Instruments de mesure utilisés	Une conception pré/post-test des outils d'audit pour mesurer la conformité avant et après une intervention d'amélioration de qualité. L'outil d'audit a été développé pour mesurer le respect des principes ISBAR lors du passage de témoin du médecin anesthésiste aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques (figure 2). Afin d'aider à la validité de l'outil,

	il a été diffusé aux cliniciens experts lorsque de mineurs modifications ont été faites. Il a été testé avant l'étude. L'outil d'audit a été testé en dix passages par deux infirmières formatrices de l'unité de soins post-anesthésiques et a fait l'objet d'une forte concordance entre les évaluateurs. Les audits ont été réalisés par des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques qui avaient été formées pour réaliser les audits au cours des deux sessions de formations. Les données récoltées ont été placées dans une boîte sécurisée et collectées à la fin de la période par le leader du projet.
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>L'intervention a consisté en deux stratégies.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une session de formation éducative a été organisée à l'intention des anesthésistes et des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques sur les performances actuelles en matière de transferts. Les sessions de formation étaient principalement de nature didactique, présentant des preuves face à l'introduction d'un transfert clinique structuré. Le modèle de transfert ISBAR a été présenté.</li> <li>• Des fiches ISBAR de la taille d'une affiche (Figure 1) ont été fixées aux murs de toutes l'unité de soins post anesthésiques.</li> </ul>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	Des tableaux croisés ont été utilisés pour examiner la nature catégorique des données afin de déterminer s'il y avait une différence significative entre le pré-audit (audit 1) et le post-audit (audit 2) sur les 13 points d'intérêt. L'analyse a été effectuée séparément sur les deux sites hospitaliers distincts (hôpital A et hôpital B) et les statistiques du chi carré de Pearson ont été rapportées. En outre, les tests exacts de Fisher ont également été rapportés pour les éléments dont le nombre était inférieur à 5 dans chaque cellule.
<b>Résultats principaux</b>	<p>Le tableau 1 indique les pourcentages et les résultats des tests des 283 passages de relais dans les deux unités de soins post-anesthésiques des deux hôpitaux (Hôpital A, n=148, Hôpital B, n=135).</p> <p><b>Hôpital A</b></p> <p>Il y a eu des <b>différences d'amélioration significatives</b> entre l'audit 1 et l'audit 2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation et actions (assesment) : Cardiovasculaire <math>P &lt; 0,05</math></li> <li>• Evaluations et actions (assesment) : Respiratoire <math>P &lt; 0,01</math></li> <li>• Evaluation et actions (assesment) : Analgésie <math>P &lt; 0,05</math></li> <li>• Responsabilité et orientation : <math>P &lt; 0,05</math>.</li> </ul> <p><b>Hôpital B</b></p> <p>Il y a eu des <b>différences d'amélioration</b> entre l'audit 1 et l'audit 2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte (Background) : Difficultés de communication <math>P &lt; 0,01</math></li> </ul> <p>Il y a eu des <b>différences de diminution significatives</b> entre l'audit 1 et l'audit 2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluations et actions (assesment) : Respiratoire <math>P &lt; 0,01</math></li> <li>• Responsabilité et orientation : <math>P &lt; 0,01</math>.</li> </ul>



<b>Forces</b> <b>Limites</b> <b>Niveau de preuve</b>	<p><b><u>Forces</u></b>  Le principal atout de cette étude est qu'elle a été menée dans deux grands hôpitaux universitaires au sein du même service de santé. L'ISBAR est un exemple de normalisation de transferts pour faciliter un transfert complet avec toutes les informations sur le patient, l'évaluation du fournisseur et les recommandations pour le futur.</p> <p><b><u>Limites</u></b>  Les facteurs influençant la conformité à l'ISBAR, tels que le leadership et la culture de gestion de l'unités de soins post-anesthésiques, n'ont pas été mesurés objectivement. L'ISBAR est le choix des organisations hospitalières de l'étude. Les autres outils tel que l'ISOBAR et le SBAR, n'ont pas été évalués. Il s'agissait d'une conception d'audit avant et après, les conclusions ne devraient donc pas être généralisées aux autres contextes que l'unité de soins post-anesthésiques.</p> <p><b><u>Niveau de preuve</u></b>  Selon F. Boukar (Evidence based nursing 1(EBN1) Fondements et niveaux de preuves [Présentation Power Point], 17 septembre 2018, l'étude quantitative est de niveau III sur l'échelle de RNAO.</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Cette étude démontre les avantages de la mise en place de l'outil. Elle permettra de fournir des informations à notre revue de littérature sur les principaux oublis lors des transferts avec l'outils ISBAR, et de pouvoir y remédier avec d'autres moyens dans les unités de soins post-anesthésiques</p>

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Kitney, P., & Bennett, P. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Transferts entre les médecins anesthésistes et le personnel infirmier des unités de soins post- anesthésiques selon les principes ISBAR : Une étude d'amélioration de la qualité. On en déduit la population de l'étude : les médecins anesthésistes et le personnel infirmier des unités de soins post-anesthésiques, il vise l'amélioration des transferts de patients afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Il synthétise la méthode, les résultats et l'implication pour la pratique (qui résume la discussion). Mais, il n'explique pas clairement le problème.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			En 2012, la commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé à identifier le transfert clinique comme une norme clé dans le cadre nationale de qualité et de sécurité. Il a été constaté que les processus de transferts au niveau mondial étaient très variables et peu fiables ainsi qu'associés aux risques de non-sécurité des patients. La normalisation des transferts cliniques est susceptible d'améliorer la sécurité des soins aux patients car les informations critiques sont plus susceptibles d'être transférées et de faire l'objet d'une action.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?			X	Un examen récent de 31 études de recherches primaires sur les transferts postopératoires a confirmé l'association positive entre les transferts et les événements indésirables et a recommandé la normalisation des processus de transferts.  Nous savons que plusieurs études ont été lues mais nous n'avons pas plus de détails sur ces études.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Pas de théories infirmière utilisée. Les concepts ressortant sont principalement : qualité des soins, sécurité des patients, communication.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'objectif de cette étude est de mesurer l'effet d'un programme d'éducation sur la conformité à l'ISBAR. Dans le but d'éviter les événements indésirables à la suite d'un mauvais transfert de patients.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Il s'agit d'un devis quantitatif explicatif longitudinal. L'étude a été effectuée en 2013. Il n'est pas mentionné clairement combien de temps l'étude a duré mais nous pouvons en déduire environ 5 mois.
Population Echantillon Contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	On dit uniquement que ce sont des transferts de patients entre des médecins anesthésistes et le personnel infirmiers des unités de soins post-anesthésiques de deux hôpitaux différents mais du même service de santé dans l'Etat de Victoria en Australie.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Un échantillon d'anesthésistes a été observé sur une période d'une semaine dans deux unités de soins post-anesthésiques de deux hôpitaux.  Les transferts ont été effectués par des anesthésistes aux personnels infirmiers des unités post-anesthésiques.  Il n'est pas mentionné combien de personnes ont participé à l'étude, ni les différentes professions.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Il n'y avait pas de données quant à la taille de l'échantillon afin de comparer la conformité avant et après la mise en œuvre de l'outil de transfert ISBAR dans l'unité de soins post-anesthésiques
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Une conception pré/post-test utilisant des outils d'audit pour mesurer la conformité avant et après une intervention d'amélioration de qualité.  L'outil d'audit a été développé pour mesurer le respect des principes ISBAR lors du passage de témoin de l'anesthésiste

					<p>aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques (figure 2). L'outil d'audit a été conçu pour englober les directives de l'Australian and New Zealand College of Anesthesia et de l'organisation des soins de santé</p> <p>Afin d'aider à la validité de l'outil, il a été diffusé aux cliniciens experts lorsque de mineurs modifications ont été faites. Il a été testé avant l'étude. L'outil d'audit a été testé en dix passages par deux infirmières formatrices de l'unité de soins post-anesthésiques et a fait l'objet d'une forte concordance entre les évaluateurs. Les audits ont été réalisés par des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques qui avaient été formés pour réaliser les audits au cours des deux sessions de formations.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils permettent de répondre aux éléments de l'ISBAR.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>L'intervention se compose de 2 stratégies.</p> <p>D'abord, une session de formation éducative a été organisée à l'intention des anesthésistes et des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques sur les performances actuelles en matière de transferts. Ceci de manière didactique en présentant des preuves à l'appui. Le modèle ISBAR a été présenté. Ensuite, des affiche ISBAR (figure1) ont été fixées aux murs de l'unité de soins post-anesthésiques.</p> <p>Le pré-audit a été entrepris immédiatement après l'introduction de l'ISBAR. La stratégie d'éducation et d'affichage a été mis en œuvre dans les deux semaines qui ont suivi le pré-audit. Le post-audit a été entrepris quatre mois après la stratégie d'éducation et d'affiches. L'outil d'audit a été rempli par le personnel infirmier l'unité de soins post-anesthésiques, une fois que le patient a été connecté à l'équipement et jugé stable par l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques. L'outil a été testé en dix passages par deux infirmières formatrices de l'unité de soins post-anesthésiques et a fait l'objet d'une forte concordance entre les évaluateurs. Les audits ont été réalisées</p>

					<p>par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques qui avaient été formées pour cela.</p> <p>Une fois les audits terminées, elles ont été placées dans une boîte sécurisée, récupéré à la fin de la semaine par le chef d'équipe de projet.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	<p>L'assurance qualité a été examinée par le Western Health Low Risk Research and Ethics Panel. L'approbation a été accordé le 13.10.2014. Les participants n'étaient pas identifiables car aucune donnée démographique n'a été enregistré. Cependant rien n'est signalé sur les prestataires de transferts qui ont participés à l'études.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p>Les mesures des résultats se sont faites entre les différences de conformité entre le pré et le post-audit pour les 13 éléments de l'outil de l'audit.</p> <p>Ces éléments sont : <i>l'identification du nom du patient, la procédure, le type d'anesthésie, les allergies, les comorbidités, les difficultés de communication, les problèmes peropératoires liés à la chirurgie et à l'anesthésie, les observations cardiovasculaires, les observations respiratoires, l'analgésie, les besoins supplémentaires, le nom et les coordonnées de la personne de référence et la destination probable du transfert.</i></p> <p>L'analyse a été effectuée séparément sur deux sites hospitaliers (hôpital A, hôpital B). Les statistiques du Chi carré de Pearson ont été communiqués. En outre, les tests exacts de Fisher ont également été rapportés pour les éléments dont le nombre était inférieur à cinq dans chaque cellule.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Oui, ils sont montrés de manière narrative et en tableau.</p> <p>283 transferts ont été effectués dans deux unités de soins post-anesthésiques  Hôpital A = 148 transferts  Hôpital B = 135 transferts</p>

					<p><b>Hôpital A</b> Il y a eu des <b>différences d'améliorations significatives</b> entre l'audit 1 et l'audit 2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation et actions (assesment) : Cardiovasculaire <math>P &lt; 0,05</math></li> <li>• Evaluation et actions (assesment) : Respiratoire <math>P &lt; 0,01</math></li> <li>• Evaluation et actions (assesment) : Analgésie <math>P &lt; 0,05</math></li> <li>• Responsabilité et orientation : <math>P &lt; 0,05</math></li> </ul> <p><b>Hôpital B</b> Il y a eu des <b>différences d'améliorations significatives</b> entre l'audit 1 et l'audit 2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte (Background) : Difficultés de communication <math>P &lt; 0,01</math></li> </ul> <p>Il y a eu des <b>différences de diminutions significatives</b> entre l'audit 1 et l'audit 2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation et actions (assesment) : Respiratoire <math>P &lt; 0,01</math></li> <li>• Responsabilité et orientation : <math>P &lt; 0,01</math></li> </ul>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	<p>Concept : ce n'est pas mentionné directement mais nous pouvons faire les liens entre les résultats et la qualité de transmissions lors d'un transfert ce qui influence sur la sécurité du patient.</p> <p>Cet audit montre que l'éducation complétée par des affiches ISBAR peut être associé à une amélioration mais aussi une diminution de la conformité à l'ISBAR. Il n'y a pas eu d'éléments d'audit entre les 2 hôpitaux qui se sont amélioré significativement.</p> <p>Dans l'hôpital A il y a eu des améliorations significatives dans : la communication (assesment) des observations cardiovasculaires, respiratoire, analgésie et dans les recommandations pour la suite. Dans l'hôpital B il y a eu des</p>

					<p>améliorations significatives uniquement dans la communication (Background) <i>des difficultés de communication</i>.</p> <p>Dans l'hôpital A, les améliorations peuvent avoir été associés à l'acuité des patients dans cet établissement. Dans l'hôpital B, le profil culturel plus large peut avoir eu une influence sur l'attention portée aux difficultés de communication lors des transferts.</p>
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		<p>Aucune étude antérieure n'est mentionnée dans la discussion. Cependant ils font des liens avec les risques de mauvais transferts (retard diagnostic, événements indésirables...) donc nous pouvons en faire l'hypothèse que ce sont des résultats d'autres études effectuées.</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p><b>Forces</b></p> <p>Le point fort est que cette étude a été réalisée dans 2 grands hôpitaux universitaires au sein du même service de santé.</p> <p><b>Limites</b></p> <p>Les facteurs qui influencent la compliance à l'ISBAR tels que le leadership et la culture de la gestion au sein de l'unité de soins post-anesthésiques n'ont pas été objectivés. L'ISBAR était l'outil désigné par l'organisation de ces hôpitaux mais d'autres instruments tels que ISOBAR ou SBAR n'ont pas été évalués.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<p>D'autres outils tels que ISOBAR et SBAR n'ont pas été évalués. Il s'agissait d'une conception d'audit pré/post-test, les conclusions ne doivent pas être généralisées à d'autres contextes que l'unité de soins post-anesthésiques</p>
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<p>Cette étude a montré que la conformité à l'ISBAR lors du transfert entre l'anesthésiste et le personnel infirmier des unités post-anesthésiques peut être améliorée grâce à une formation complétée par des affiches. Cependant des éléments ont aussi diminués significativement à la suite de la mise en place de l'outil.</p> <p>Les échecs de transfert sont fréquents et peuvent entraîner des retards de diagnostic. Un mauvais transfert peut aussi entraîner</p>

					un gaspillage de ressources. La rupture dans le transfert d'informations a été identifiée comme l'une des principaux facteurs contribuant aux événements indésirables graves.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Divers facteurs contextuels sont susceptibles d'affecter la conformité à l'ISBAR et doivent être pris en compte lors de l'utilisation de stratégies visant à améliorer la normalisation du transfert. L'importance du leadership et de la culture sur la qualité de la mise en œuvre de la communication structurée a été identifiée comme vitale et cela peut avoir une influence sur les résultats. Des stratégies supplémentaires pour compléter une stratégie d'éducation peuvent améliorer la conformité à l'ISBAR. L'environnement de l'unité de soins post-anesthésiques peut être une zone de stress et des soins standardisés peuvent améliorer la qualité des soins aux patients.  Compte tenu de la complexité de la communication dans les services de santé et des résultats mitigés de cette étude, une formation plus complexe à la communication pourrait compléter les pratiques de transferts structurés standardisés.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est structuré, et les résultats sont bien détaillés pour en faire une analyse minutieuse.
Commentaires :					

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).



## Article N° 4

Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche quantitative et mixte

Résumé de l'article	
Références complètes (APA style)	Burns, S., Parikh, R., & Schuller, K. (2018). Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. <i>Perioperative Care and Operating Room Management</i> , 13(July), 1–5. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.10.002">https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.10.002</a>
But(s) de la recherche	Le but de cette étude est de créer une liste de contrôle de transferts de patients de la salle d'opération à la salle de réveil spécifique à l'établissement, et d'évaluer son utilisation dans un grand centre hospitalier de niveau tertiaire. Cette étude s'ajoute à la littérature actuelle en intégrant tous les membres composant la période péri-opératoire (les médecins, les résidents en anesthésie, les infirmières en anesthésies, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques).
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle prospective.
Contexte Population Echantillon	<p><u>Contexte</u> L'étude a été menée dans un grand centre hospitalier de niveau tertiaire.</p> <p><u>Population</u> La population cible concerne les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ainsi que le personnel d'anesthésie effectuant les transferts de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques adulte. Les patients pédiatriques et les patients transférés aux soins intensifs ont été exclus.</p> <p><u>Echantillon</u> Au total, 100 transferts ont été observés (50 transferts dans la phase pré-intervention et 50 transferts dans la phase post-intervention). Ces derniers ont été choisis au hasard afin d'obtenir un échantillon généralisé qui reflète toutes les complexités de la patientèle.</p>
Instruments de mesure utilisés	<p>Etude en 3 phases</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Phase pré-intervention (4 semaines) → observation 50 transferts, récolte de données par un observateur à l'aide du formulaire de collecte de données normalisé (annexe B) <ul style="list-style-type: none"> <li>Score sur une échelle de 10 points, les éléments sont les suivants : identification du patient, antécédents médicaux, allergies, médicaments administrés, antibiotiques, apport et débit, perte de sang estimée, accès IV,</li> </ul> </li> </ol>

	<p>gestion de la douleur, zone préoccupante. Si tous ces éléments étaient traités, le score de transfert global serait de 10/10, ou 100%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée du transfert (secondes)</li> <li>• Satisfaction du prestataire du transfert : adéquat, oui-non ?</li> </ul> <p>2. Phase d'intervention : décrite ci-dessous.</p> <p>3. Phase post-intervention (2 semaines après la formation) → observations de 50 transferts, récoltes de données par un observateur à l'aide du formulaire de collecte de données normalisé (annexe B)</p> <p>La participation à cette étude était volontaire et anonyme.</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>Lors de la phase d'intervention, l'étude a développé plusieurs moyens d'apprentissages pour les membres de l'unité de soins post-anesthésiques. En voici des exemples : présentation de la liste de contrôle aux équipes, mise en place de séances formatives sur le nouveau protocole avec comme support des présentations Power Point et des documentations supplémentaires.</p>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>L'analyse des scores totaux de transferts avant et après l'intervention ont utilisé des statistiques descriptives. Les données ont été analysées à l'aide de VassarStats. Un échantillon indépendant de deux tests t a été utilisé pour comparer les scores de transferts et le temps consacré au processus de transferts avant et après l'intervention. Les valeurs de <math>P &lt; 0,05</math> ont été considérées comme statistiquement significatives. Des statistiques de bases ont été utilisées pour comparer la satisfaction des infirmières avec les transferts avant et après l'intervention.</p>
<b>Résultats principaux</b>	<p><b>Nombre de transferts effectués selon le statut du prestataire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pré-intervention</u> Résidents en anesthésie → 30% Médecins traitants → 18% Infirmières anesthésistes certifiées → 52%</li> <li>• <u>Post-intervention</u> Résidents en anesthésie → 28% Médecins traitants → 16% Infirmières anesthésistes certifiées → 56%</li> </ul> <p>➔ Les infirmières utilisent plus la liste de contrôle (avant et après l'intervention) que les autres intervenants.</p> <p><b>Comparaison score pré et post intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pré-intervention</u> Score moyen de transmissions des éléments d'informations critiques → 50.8% Durée moyenne des transferts → 66 sec Satisfaction des prestataires → 60%</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Post-intervention</u> Score moyen de transmissions des éléments d'informations critiques → 89% Durée moyenne des transferts → 88.9 sec Satisfaction des prestataires → 96%</li> </ul> <p>→ Différence significative (<math>P = &lt; 0.001</math>, donc valeur <math>&lt; 0.05</math>) entre les scores moyens de transmissions des éléments d'informations critiques entre les récoltes de données avant et après la mise en place des interventions : passage de 50.8% à 89% → augmentation significative</p> <p>→ Différence significative (<math>P = &lt; 0.001</math>, donc valeur <math>&lt; 0.05</math>) entre la durée moyenne entre les récoltes de données avant et après la mise en place des interventions : passage de 66 sec à 88.9 sec → augmentation significative de la durée moyenne</p> <p>→ Différence significative (<math>P = &lt; 0.0001</math>, donc valeur <math>&lt; 0.05</math>) entre la satisfaction des prestataires de transferts entre les récoltes de données avant et après mise en place des interventions : passage d'une satisfaction à 60% vers une satisfaction à 96% → amélioration significative de 36%</p>
<b>Forces</b> <b>Limites</b> <b>Niveau de preuve</b>	<p><u>Forces</u> Outils permettant d'améliorer les transferts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide cognitive pour les prestataires → infirmières effectuent les transferts généralement</li> <li>• Transferts réussis → sécurité accrue du patient → meilleure qualité des soins → meilleure continuité des soins.</li> </ul> <p><u>Limites</u> Cette étude avait plusieurs limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nature institutionnelle unique de l'étude et le nombre de prestataires d'anesthésie observés constituent une limitation potentielle</li> <li>• Taille des échantillons de transferts observés avant et après l'intervention était relativement petite</li> <li>• Effet Hawthorne peut avoir influencé les résultats de l'étude, en augmentant la précision des informations transmises car les prestataires se sentaient observés-surveillés</li> <li>• Satisfaction des infirmières a été mesurée par une seule question, des informations pertinentes auraient pu être obtenues en utilisant une enquête plus détaillée</li> <li>• Satisfaction au patient ne peut être évalué via la mortalité vu qu'il s'agit que d'un seul processus et de nombreux processus de soins de santé affectent les résultats des patients après la chirurgie.</li> </ul> <p><u>Niveau de preuve</u> Selon F. Boukar (Evidence based nursing 1(EBN1) Fondements et niveaux de preuves [Présentation Power Point], 17 septembre 2018, l'étude quantitative est de niveau III sur l'échelle de RNAO.</p>

<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	Cette étude permet de voir l'influence de la mise en place d'une liste de contrôle entre différentes unités de soins. Elle permettra de fournir de précieuses informations à notre revue de littérature sur les outils de transferts d'informations entre les salles d'opérations et les unités de soins post-anesthésiques
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Burns, S., Parikh, R., & Schuller, K. (2018). Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. <i>Perioperative Care and Operating Room Management</i> , 13, 1-5.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	L'utilisation d'une liste de contrôle pour normaliser le processus de transferts des patients de la salle d'opération à l'unité de soins post-anesthésiques.  Le problème n'est pas cité mais nous pouvons en déduire que c'est pour assurer la sécurité des patients lors des transferts et assurer une bonne communication. La population est en partie mentionnée : personnel de la salle d'opération et des unités de soins post-anesthésiques mais sans plus de précision.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Les parties principales sont résumées en un paragraphe et comprennent : le problème, la méthode, les résultats et la discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le rapport <i>To Err is Human</i> de l'institut de médecine estime que les erreurs médicales évitables sont responsables de 44'000 à 98'000 décès annuels, pour un coût de 17 à 29 milliards de dollars par an. Les défaillances de communication ont été identifiées comme la principale cause d'erreurs médicales. Plus précisément, la Commission mixtes estime que 80% des erreurs médicales évitables sont due à des défaillances de communication se produisant pendant le processus de transfert.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, plusieurs études ont été prises en compte.  Avec l'augmentation des restrictions d'heures de travail, le nombre de transferts de patients pendant la période péri-opératoire est associé à un risque accru d'événements indésirables, et donc d'une morbidité et mortalité accrue.

					<p>D'autres études récemment publiées menées dans les principaux hôpitaux des Etats-Unis suggèrent que la mise en œuvre d'une liste de contrôle structurée pour faciliter le processus de transferts de la salle d'opération à l'unité de soins post-anesthésiques améliore l'efficacité, la sécurité des patients, la qualité des soins et la satisfaction du personnel avec un impact minime sur le temps consacré aux transferts.</p> <p>Une étude réalisée en 2015 a relevé que l'utilisation d'une liste de contrôle pendant le transfert de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques entraîne une diminution de la perte d'informations, et un besoin moindre de clarification, sans avoir d'impact sur le temps du transfert.</p> <p>Une autre étude réalisée en 2015 a relevé que l'utilisation d'une liste de contrôle succincte lors du transfert de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques a entraîné une augmentation de la quantité d'informations essentielles transférées avec une augmentation moyenne du temps.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?			X	Il n'y a pas de théories infirmières utilisées. Cependant, plusieurs concepts sont mis en avant tels que : la qualité des soins, la continuité des soins, la sécurité des patients, la communication.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>Le but de cette étude est de créer une liste de contrôle de transferts de patients de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques spécifique à l'établissement et d'évaluer son utilisation dans un grand hôpital d'enseignement de soins tertiaires. Cette étude ajoute à la littérature actuelle en intégrant tous les prestataires d'anesthésie péri-opératoires (médecins, résidents, infirmières anesthésistes diplômées).</p> <p>Ils font l'hypothèse que la mise en œuvre de la liste de contrôle pour faciliter les transferts conduira à un transfert d'informations plus efficace qui s'avère être associé à une meilleure qualité et continuité des soins. Ils font aussi l'hypothèse qu'une meilleure</p>

					communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire conduirait à une plus grande satisfaction des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques sans augmenter le temps de transition.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Etude quantitative observationnelle prospective.
Population Echantillon Contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Dans un grand centre de soins tertiaires qui effectue en moyenne plus de 30'000 interventions chirurgicales par an. La population regroupe les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques, le personnel d'anesthésie (médecins, résidents et infirmières spécialisé en anesthésie).
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Les critères d'inclusion pour cette étude sont : tous les transferts de patients se produisant dans l'unité de soins post-anesthésiques adulte. Les patients pédiatriques et ceux transférés aux soins intensifs sont exclus.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Les 100 transferts ont été choisis au hasard afin d'obtenir un échantillon généralisé qui reflète toutes les complexités des patients.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			<p>Trois points ont été évalués durant les transferts :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'observateur recueillait les données à l'aide d'un formulaire de collecte de données normalisé qui contient 10 éléments d'informations (annexe B). Ces éléments sont : <i>identification du patient, antécédents médicaux, allergies, médicaments préopératoire administrés, informations sur les antibiotiques, apport et débit, perte de sang estimé, accès IV, gestion douleur, zones préoccupantes.</i></li> </ol> <p>Pour chaque transfert, un score total sur dix pouvait être atteint selon ce que le prestataire fournissait comme éléments d'informations sur le patient. Si le prestataire a fourni 10 éléments d'informations, cela fait un score de 10/10 ou 100%.</p>

Déroutement de l'étude					<p>2. La durée de transfert du patient commençant au « temps-mort » a également été documenté.</p> <p>3. Puis, environ dix minutes après le transfert, l'observateur allait voir le prestataire de soins de l'unité de soins post-anesthésiques et lui demandait si le transfert était adéquat (un rapport qui a permis à l'infirmière de commencer à diriger les soins au patient sans avoir à rechercher des informations supplémentaires) = satisfaction des infirmiers de l'unité de soins post-anesthésiques</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils permettent d'évaluer la qualité d'informations transmises, la durée du transfert et la satisfaction du prestataire de soins.
	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?		X		<p>Après avoir reçu l'approbation du Comité d'examen institutionnel d'Albany Medical Center, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques et le personnel d'anesthésie ont été informé de l'étude par e-mail.</p> <p>Une liste de contrôle de transferts de patient a été créé à partir d'autres listes de contrôle créées dans d'anciennes études. Elle a été modifiée pour inclure uniquement des données de transferts pertinents à l'unité de soins post-anesthésiques de cet établissement. Le processus de modification a été mené par un groupe de médecins, de résidents en anesthésie, d'infirmières anesthésistes et infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Cette liste contient des couleurs vives afin qu'elles soient facilement identifiables par le personnel (annexe A).</p> <p>Puis, l'étude s'est déroulée en trois phases.</p> <p>1. La phase « pré-intervention » qui comprend une période de 4 semaines durant laquelle 50 transferts péri-opératoires ont été observés dans l'unité de soins post-anesthésiques. Les transferts ont été effectués par des assistants en</p>



					<p>anesthésie, les résidents et les infirmières certifiées en anesthésie.</p> <p>L'observateur était situé dans l'unité de soins post-anesthésiques et recueillait les données du transfert à l'aide du formulaire de collecte de données normalisé (annexe B). La durée du transfert a également été notée. Puis à la fin du transfert l'observateur allait demander au prestataire de soins l'unité de soins post-anesthésiques si le rapport qu'il a reçu était « adéquat, oui-non ? ».</p> <p>2. La phase « d'intervention », où une présentation de la liste de contrôle à toutes les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques et aux prestataires d'anesthésie qui participent aux transferts des patients a eu lieu.</p> <p>Des séances d'informations ont été menées pour les former sur le nouveau protocole à l'aide de Powerpoint et des lectures supplémentaires. La formation a été donnée par la même personne. Toutes les questions-préoccupations ont été répondues et discutées en équipe. Les listes de contrôle de transferts ont été imprimées dans tous les dossiers de soins des patients et le fournisseur d'anesthésie la récupérerait avant la chirurgie dans la zone préopératoire.</p> <p>3. La phase « post-intervention » qui s'est déroulée deux semaines après l'introduction et la mise en œuvre de l'outil de liste de contrôle. 50 nouveaux transferts ont été observés par le même chercheur et utilisant la même méthodologie que la 1<sup>ère</sup> phase.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			<p>Ils ont reçu l'approbation du comité d'examen institutionnel d'Albany Medical Center. La participation à cette étude était volontaire et anonyme, les prestataires pouvaient se retirer à tout moment de l'étude.</p>

Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les données ont été analysée à l'aide de VassarStats. Un échantillon indépendant de deux tests t à queue a été utilisé pour comparer les scores de transferts et le temps consacré au processus de transferts avant et après l'intervention. Des statistiques de base ont été utilisées pour comparer la satisfaction des infirmières face aux processus de transferts avant et après l'intervention. Les valeurs P <0,05 ont été considérés comme statistiquement significatives.												
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	<p>Ils sont résumés de manière narrative et en tableau. Cependant nous n'avons pas les détails des 10 éléments qui ont été le plus oubliés ou le plus transmis, lors des transferts pré et post-intervention.</p> <p>Au total 100 transferts ont été observés et choisi au hasard pour obtenir un échantillon généralisé.</p> <p><b>Statistique de l'échantillon ayant effectué le transfert :</b></p> <table><tr><th>Membres de l'équipe</th><th>Pré-intervention (n=50 transferts)</th><th>Post-intervention (n=50 transferts)</th></tr><tr><td>Résidents en anesthésie</td><td>30%</td><td>28%</td></tr><tr><td>Médecins</td><td>18%</td><td>16%</td></tr><tr><td>Infirmiers spécialisés en anesthésie</td><td>52%</td><td>56%</td></tr></table> <p>➔ Les infirmières utilisent plus la liste de contrôle que les autres intervenants du transfert postopératoire.</p>	Membres de l'équipe	Pré-intervention (n=50 transferts)	Post-intervention (n=50 transferts)	Résidents en anesthésie	30%	28%	Médecins	18%	16%	Infirmiers spécialisés en anesthésie	52%	56%
Membres de l'équipe	Pré-intervention (n=50 transferts)	Post-intervention (n=50 transferts)															
Résidents en anesthésie	30%	28%															
Médecins	18%	16%															
Infirmiers spécialisés en anesthésie	52%	56%															

					<p><b>Moyenne des scores de transferts : (score possible 1-10, selon les éléments transmis)</b>  <i>Pré-intervention : 50,8%</i>  <i>Post-intervention 89%</i>  → Augmentation <b>significative</b> du score de transfert de 38,2 % entre le pré et le post-audit <math>P &lt; 0,001</math></p> <p><b>Moyenne de la durée du transfert :</b>  <i>Pré-intervention : 66 sec</i>  <i>Post-intervention : 88,9 sec.</i>  → Augmentation <b>significative</b> du temps de transfert de 22,9 sec. <math>P &lt; 0,001</math></p> <p><b>Satisfaction des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques : (selon le terme « Adéquat, oui-non ? »)</b>  <i>Pré-intervention : 60%</i>  <i>Post-intervention : 96%</i>  → Augmentation <b>significative</b> de 36% de la satisfaction des infirmières l'unité de soins post-anesthésiques <math>P &lt; 0,0001</math></p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, car les résultats de cette étude suggèrent que l'utilisation d'une liste de contrôle pour guider le processus de transferts péri-opératoires dans le l'unité de soins post-anesthésiques augmente le nombre d'éléments d'informations transmis sur les patients. Ainsi, cela conduit à une meilleure sécurité des patients, et donc une meilleure qualité et continuité des soins.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, des résultats similaires sur le transfert d'informations ont été montrés dans d'autres études. Cependant ces études antérieures sont spécifiées sur un échantillon cible (généralement seulement résidents ou infirmières spécialisés en anesthésie). L'utilisation de liste de contrôle pour guider les transferts des patients a été étudiée dans de nombreux autres contextes cliniques (soins intensifs, urgences, médecine interne, pédiatrie).

				<p>Dans une étude sur les unités d'hospitalisation dans neuf programmes de formation en pédiatrie. Starmer et al. ont constaté que la mise en œuvre de l'outil mnémotechnique I-PASS pour normaliser les transferts oraux et écrits était associé à une diminution des erreurs médicales et à une amélioration de la communication sans effets négatifs sur le flux de travail.</p> <p>Cette étude relève que la mise en œuvre de la liste de contrôle a entraîné une augmentation du temps consacré aux transferts, ce qui est similaire aux études publiées précédemment. Dans le seul essai clinique randomisé à ce jour sur les transferts de l'unité de soins post-anesthésiques, Salzwedel et al. ont constaté que l'utilisation d'une liste de contrôle prenait beaucoup plus de temps que de ne pas utiliser de liste.</p> <p>Postestio et al. ont aussi constaté que l'utilisation d'une liste de contrôle prenait plus de temps.</p> <p>De ce fait, le fardeau qu'elle impose aux prestataires d'anesthésie peut dissuader les organisations de mettre en œuvre des stratégies similaires.</p> <p>Des informations plus pertinentes auraient pu être récoltées sur la satisfaction des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques en utilisant une enquête plus détaillée, comme cela a été fait dans des études antérieures.</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>La nature institutionnelle unique de l'étude et le nombre de prestataires d'anesthésie observés constituent une limitation potentielle. De plus, la taille des échantillons de transferts observés avant et après l'intervention était relativement petite. Etant donné que les participants savaient que des données étaient collectées, il est également possible que cela puisse influencer les résultats (<i>effet Hawthorne</i>).</p>

Conséquences et recommandations					De plus, la satisfaction des infirmières a été mesurée par une seule question. Des informations plus pertinentes auraient pu être récoltées en utilisant une enquête plus détaillée sur les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. De plus, comme les transferts ne sont qu'un des nombreux processus de soins de santé qui affectent les résultats des patients après la chirurgie, il est difficile de détecter l'effet isolé des transferts sur un seul résultat tel que la mortalité.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Ils ne parlent pas de la généralisation.
	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Après une utilisation à long terme de cette liste de contrôle, ils espèrent que ce processus deviendra de plus en plus habituel, standardisé et pourrait être utilisé comme modèle pour faciliter les transferts de patient dans d'autres services hospitaliers. Cette étude démontre la mise en œuvre réussie d'une liste de contrôle utilisée pour guider les transferts de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques. Avec une formation simple et du personnel impliqué, la quantité d'informations essentielles transférées s'est considérablement améliorée, sans ajouter beaucoup de temps supplémentaire et la satisfaction des infirmiers s'est améliorée. Avec la tendance à l'augmentation du nombre de transferts de patients au cours de la période péri-opératoire, des listes de contrôle comme celles-ci sont des outils essentiels qui peuvent réduire les événements indésirables associés au manque de communication lors des transferts de soins.
Questions générales	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Etant donné le nombre limité d'études observationnelles prospectives d'intervention visant à améliorer les transferts postopératoires, ils espèrent que cette étude servira de bon cadre sur lequel une étude plus large pourrait être conçue pour valider les résultats de celle-ci et d'inclure des résultats cliniques à plus long terme.
	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé	X			L'article est bien structuré et bien détaillé sur la méthode et sur le regard envers les études antérieures. Cependant, il manque

Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				de détails sur les résultats, particulièrement sur les 10 éléments importants à transmettre lors de transferts.
Commentaires :					

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Article N° 5

Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche quantitative et mixte

Résumé de l'article	
Références complètes (APA style)	Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 34(4), 834–841. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007</a>
But(s) de la recherche	Ce projet d'amélioration de la qualité vise à évaluer les avantages de la mise en œuvre d'un instrument combiné (liste de contrôle et SBAR) dans le cadre de l'unité de soins post-anesthésiques pour réduire les omissions d'informations lors de transferts du personnel d'anesthésie aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Le but de l'étude est d'améliorer la qualité du transfert de connaissances et de diminuer les omissions pendant la période de transferts entre le personnel d'anesthésie et le personnel de l'unité de soins post-anesthésiques à l'aide d'un instrument combiné (liste de contrôle et SBAR).
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale.
Contexte Population Echantillon	<p><b>Contexte</b> Ce projet a été mené dans un centre de santé de traumatologie de niveau 1 de 478 lits situés dans l'Est de la Géorgie.</p> <p><b>Population</b> Les principaux intervenants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésistes (médecins anesthésistes)</li> <li>• Infirmières anesthésistes certifiées</li> <li>• Médecins assistants anesthésistes (résidents)</li> <li>• Infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques</li> <li>• Infirmières cliniciennes (amélioration de qualité)</li> </ul> <p><b>Echantillon</b> Le service d'anesthésie se compose de 22 anesthésiologistes, 30 infirmières anesthésistes certifiées, 37 médecins assistants en anesthésie. L'unité de soins post-anesthésiques est composé de 20 infirmières diplômées en soins généraux. L'échantillon de ce projet comprenait des patients adultes ayant subis une anesthésie, admis dans l'unité de soins post-anesthésiques adulte. Au total 138 transferts ont été observés.</p>

<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>Les 3 points de conformité clés explorés dans ce projet sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation des outils de transfert PACU SBAR (instrument combiné → liste de contrôle et SBAR)</li> <li>• L'omission d'informations critiques dans le transfert</li> <li>• Le pourcentage de rapports complets fournis</li> </ul> <p>Chacun des éléments ci-dessus a été suivi à l'aide d'un formulaire d'évaluation de transfert (figure 1). Un taux de conformité de 70% a été choisi comme objectif initial. Les données de la phase pré et post-intervention reçues du formulaire d'évaluation du transfert ont été enregistrés et comparées.</p> <p>Les 5 points : <i>procédure, allergie, entrées/sorties, antiémétiques, voies et cathéters</i> ont été enregistrés et comparés pour voir dans quels domaines, il y a des améliorations avec l'utilisation de la liste de contrôle. Ces données ont été collectées par des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Le formulaire d'évaluation du transfert a permis aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques d'enregistrer si les 5 éléments clés étaient inclus dans chaque transfert.</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>L'intervention était dirigée vers les prestataires d'anesthésie et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques. Après la 1<sup>ère</sup> semaine de pré-intervention, la liste de contrôle de transfert et l'outil SBAR a été présentée à l'ensemble de la médecine anesthésique et péri-opératoire. Au cours du processus d'éducation, les 5 éléments d'informations à surveiller n'ont pas été communiqués aux participants. Lors de l'examen des résultats du processus pré intervention, le pourcentage d'omissions et de rapports complets a été partagé pour démontrer la marge d'amélioration. D'autres méthodes de formations ont été proposées via des cours avec différents documents disponibles. Pour assurer l'exposition de l'outil SBAR aux prestataires d'anesthésie, il y avait des cartes à porter derrière le badge d'identification, des cartes plastifiées attachées aux ordinateurs situés dans chacune des unités de soins post-anesthésiques et une feuille de notes avec les mêmes points pour chaque infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques pour écrire le rapport qu'elle recevait. La collecte de données post-intervention a débuté après avoir laissé plusieurs jours pour s'habituer à l'outil.</p> <p><b>Méthode</b></p> <p>L'évaluation des transferts c'est fait de manière anonyme par les infirmières en fonction de ces 5 points : <i>procédure, allergie, entrées/sorties, antiémétiques, voies et cathéters</i>. L'évaluation a eu lieu avant et après la mise en œuvre d'une liste de contrôle. Le projet a également évalué si des informations essentielles sur la santé ont été omises dans les transferts de patients et la fréquence de ces omissions (SBAR). En utilisant l'évaluation pré/post-intervention des transferts de patients, les informations relayées ont été comparées aux données de bases.</p> <p>Un comité interdisciplinaire comprenant des représentants de tous les groupes d'intervenants a été formé. A l'aide des outils Lean/ Six Sigma, le groupe a pris les outils de transferts existants et les a modifiés en fonction des besoins, des recommandations et des décisions de l'équipe interdisciplinaire. Un format SBAR a été choisi pour s'aligner sur la structure actuelle des transferts des soins infirmiers dans l'établissement.</p>



	La collecte des données pré-intervention a duré une semaine complète à l'aide du formulaire d'évaluation de transferts. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont évalué de façon anonyme chaque transfert. Les prestataires d'anesthésie n'étaient pas informés de la collecte des données. Elle a duré une semaine complète. Deux mois après la mise en œuvre de la liste de contrôle et du transfert SBAR, ils ont refait une évaluation durant 24h pour évaluer l'utilisation continue. Après 12 semaines d'utilisation, des données ont été extraites du dossier médical électronique pour examiner l'utilisation de la liste de contrôle de transfert et de l'outil SBAR. Ces informations ont été utilisées pour mesurer la durabilité du projet. La dernière réunion du comité interdisciplinaire a permis au groupe d'examiner les données et de formuler des recommandations basées sur les résultats.																		
Tests statistiques utilisés	Les tests statistiques ne sont pas mentionnés. Les auteures utilisent une analyse descriptive pour répondre à leur question de recherche.																		
Résultats principaux	<p><b>Différence entre le pré-intervention (78 transferts évalués) et post-intervention (60 transferts évalués)</b></p> <p><b>Utilisation de l'outil SBAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pré-intervention 0%</li><li>• Post-intervention 73%</li></ul> <p><b>Utilisation de la check-list → Eléments omis :</b></p> <table><tr><th>Eléments</th><th>Pré-intervention</th><th>Post-intervention</th></tr><tr><td>Procédure</td><td>19.2%</td><td>4.5%</td></tr><tr><td>Allergie</td><td>23.1%</td><td>4.5%</td></tr><tr><td>Entrées / Sorties</td><td>16.7%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Antiémétiques</td><td>21.8%</td><td>4.5%</td></tr><tr><td>Equipements</td><td>19.2%</td><td>11%</td></tr></table> <p><b>Nombre de rapports complets :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pré-intervention 13%</li><li>• Post-intervention 82%</li></ul> <p>Ces résultats indiquent l'amélioration spectaculaire grâce au projet.</p>	Eléments	Pré-intervention	Post-intervention	Procédure	19.2%	4.5%	Allergie	23.1%	4.5%	Entrées / Sorties	16.7%	0%	Antiémétiques	21.8%	4.5%	Equipements	19.2%	11%
Eléments	Pré-intervention	Post-intervention																	
Procédure	19.2%	4.5%																	
Allergie	23.1%	4.5%																	
Entrées / Sorties	16.7%	0%																	
Antiémétiques	21.8%	4.5%																	
Equipements	19.2%	11%																	

	<p><b>Durabilité de l'utilisation</b></p> <p>Deux mois après son introduction, une évaluation en présentiel s'est faite sur 24h (18 transferts ont été évalués) → Les soignants utilisaient l'outil SBAR et check-list à 72%</p> <p>Deux mois après son introduction, une évaluation s'est faite via le dossier électronique du patient → Les soignants utilisaient l'outil SBAR et check-list à 77%, soit 5% de plus qu'en réalité lors de l'évaluation en présentiel.</p> <p>Trois mois après son introduction, une évaluation s'est faite via le dossier électronique du patient → Les soignants utilisaient l'outil SBAR et check-list à 80-89%.</p>
<p><b>Forces</b></p> <p><b>Limites</b></p> <p><b>Niveau de preuve</b></p>	<p><b>Forces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats spectaculaires de l'étude</li> <li>• Observations anonymes → limitation du biais</li> </ul> <p><b>Limites</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les évaluations ont été effectuées par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques dans un environnement très distrayant</li> <li>• Certains anesthésistes ont dit être préoccupés par les interruptions et les distractions qui auraient pu faire en sorte que l'infirmière qui évalue manque d'informations pendant le rapport</li> <li>• Bien que les prestataires d'anesthésie ne sachent pas qu'une collecte de données post-intervention avait lieu, ils savaient qu'une collecte pré-intervention avait eu lieu dans le passé → risque <i>effet Hawthorne</i> (connaissance d'une éventuelle surveillance)</li> <li>• Les données post-intervention ont été collectées pendant une période de transition pour les assistants en anesthésie, car ils font une rotation au début de chaque mois. Cela a inclus deux groupes d'assistants en anesthésie → beaucoup n'étaient peut-être pas familier avec le nouveau processus SBAR</li> <li>• Les données du dossier médical électronique étaient principalement autodéclarées (pas d'utilisation réelle).</li> </ul> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Selon F. Boukar (Evidence based nursing 1(EBN1) Fondements et niveaux de preuves [Présentation Power Point], 17 septembre 2018, l'étude quantitative est de niveau III sur l'échelle de RNAO.</p>
<p><b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b></p>	<p>L'utilisation d'une check-list associée à l'outil SBAR lors de transferts postopératoires de patients diminue l'omission d'informations importantes concernant le patient et ainsi assure sa sécurité ainsi qu'une bonne qualité et continuité des soins. L'utilisation d'une combinaison des deux outils à de meilleurs résultats que l'utilisation seule de l'outil SBAR. L'outil nécessite peut-être une légère modification pour chaque unité afin d'être efficace.</p>

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 34(4), 834–841. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le titre informe le lecteur de la thématique de l'étude vu qu'il s'agit de l'utilisation d'une liste de contrôle lors des transferts des patients à l'unité de soins post-anesthésiques.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, le résumé regroupe plusieurs sous-titres. Il s'agit de l'objectif de l'étude, du contexte, de la méthode, des résultats, de la conclusion ainsi que les mots clés utilisés.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La Commission mixte, lors de l'examen des événements sentinelles, a identifié la rupture de communication pendant le transfert des patients comme un problème majeur qui affecte jusqu'à 80% des erreurs médicales graves. Le coût annuel des erreurs médicales est estimé à plus de 17 milliards de dollars et les décès de patients de 200 000 à 400 000 décès.  Par conséquent, des solutions pour éviter les pannes de communication ont été identifiées comme une priorité absolue en matière de sécurité. L'OMS a mis en place une initiative de sécurité des patients nommée « High 5S ». Cette dernière a permis d'identifier les 5 principales erreurs évitables dans sept pays (y compris USA). La prévention des erreurs de transferts des soins aux patients étant identifiée comme la première solution. L'ajout d'une liste de contrôle pour structurer le transfert des patients a été proposée pour augmenter le transfert de connaissances, améliorer la précision des informations relayées et diminuer les omissions d'informations médicales pertinentes.

Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			<p>Gawande explique comment l'utilisation des listes de contrôle dans de nombreux domaines, comme l'aviation, a un impact sur la sécurité grâce à la normalisation. Des équipes multidisciplinaires ont recherché et modélisé des listes de contrôle d'après les experts de la sécurité des compagnies aériennes (NASA) ainsi que les courses automobiles et la répartition des interventions d'urgence. La liste de contrôle chirurgicale avant la chirurgie ou le délai d'attente avant l'incision chirurgicale sont deux exemples actuels de listes de contrôle élaborées à partir de ces autres industries.</p> <p>Milby et al ont démontré l'ampleur des informations qui peuvent être perdues pendant la communication de transfert, la plupart des informations étant incluses dans moins de 60% des transferts. Les informations essentielles telles que le volume de liquide, les antibiotiques, le plan de gestion de la douleur et les cathéters intraveineux ont été incluses dans moins de 20% des transferts.</p> <p>Agarwala et al ont constaté que l'utilisation d'une liste de contrôle améliorerait considérablement les informations relayées dans des domaines tels que les vasopresseurs (85% vs 44%, <math>P = .008</math>), les antiémétiques (46% vs 15%, <math>P = 0,015</math>), perte de sang estimée (85% contre 57%, <math>P = 0,014</math>) et débit urinaire (85% contre 52%, <math>P = 0,006</math>). Des résultats similaires ont été reproduits dans les études et les revues de littérature évaluées.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucune théorie ou concept sont définis. Cependant, dans l'intégralité de l'étude la sécurité des patients ainsi que la qualité des soins sont mises en avant. Nous pouvons donc faire l'hypothèse qu'il s'agit des deux principaux concepts utilisés.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			La mise en œuvre de la liste de contrôle est supposée améliorer le transfert de connaissances et maintenir la continuité des soins. En mettant en œuvre l'outil de liste de contrôle dans les unités de soins post-anesthésiques, le transfert de

					connaissances devrait augmenter et aider à maintenir une continuité élevée des soins. Le projet va également évaluer si des informations essentielles sur la santé ont été omises dans les transferts de patients et la fréquence de ces omissions. Le but de l'étude est d'améliorer la qualité du transfert de connaissances et de diminuer les omissions pendant la période de transferts entre le personnel d'anesthésie et le personnel de l'unité de soins post-anesthésiques à l'aide d'une liste de contrôle et de l'outil SBAR.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis de l'étude n'est pas cité. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive longitudinale évaluant l'utilisation pré et post-intervention éducative et la mise en place d'outil de transferts telle que la liste de contrôle et le SBAR.
Population, Echantillon Contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Ce projet a été mené dans un centre de santé de traumatologie de niveau I de 478 lits situé dans l'est de la Géorgie. Les principaux intervenants ont été identifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins anesthésistes</li> <li>• Anesthésistes résidents (en formation, assistants)</li> <li>• Infirmières anesthésistes certifiées</li> <li>• Infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques (soins généraux).</li> </ul>
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?				Le service d'anesthésie se compose de 22 médecins anesthésistes, 37 résidents en anesthésie, 30 infirmières anesthésistes certifiées, tandis que l'unité de soins post-anesthésiques comprenait 20 infirmières en soins généraux. Les transferts sont monnaie courante dans les soins de santé, en particulier pour les soins infirmiers. Au total, 138 transferts postopératoires ont été observés dont 78 en pré-intervention et 60 en post-intervention.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Non, les échantillons pré et post intervention n'ont pas été justifiés par une analyse statistique.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques recoltaient les informations aléatoirement sans en informer le prestataire du rapport (personnel d'anesthésie) selon la feuille d'évaluation élaborée par le comité interdisciplinaire.

	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Cette feuille d'évaluation regroupe l'utilisation de l'outil de transfert SBAR, l'omission d'informations critiques via la checklist (procédure, allergies, entrée et sortie, antiémétique, et les cathéters) et le pourcentage de rapports complets fournis. Chacun de ces éléments a été suivi à l'aide du formulaire d'évaluation de transferts.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>Ce projet a été mené dans un centre de santé de traumatologie de niveau I de 478 lits situé dans l'est de la Géorgie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mise en place d'un comité interdisciplinaire composé de quatre infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques, de deux infirmières anesthésistes certifiées, de deux médecins anesthésistes, de deux résidents en anesthésie et de trois infirmières en soins généraux.</li> <li>2. Formation de ces membres à l'aide des outils Lean / Six Sigma</li> <li>3. Modification des outils en fonction des besoins, des recommandations et des décisions de l'équipe interdisciplinaire</li> <li>4. Deux réunions ont eu lieu avec le comité avant la collecte de données pour élaborer des objectifs, revoir les directives nationales et professionnelles de transferts, créer le formulaire d'évaluation du transfert et déterminer la meilleure façon d'éduquer le personnel de l'unité de soins post-anesthésiques sur le formulaire d'évaluation du transfert.</li> </ol> <p><b>Début collecte des données pré-intervention (1 semaine)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Evaluation par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de chaque transfert de manière anonyme en utilisant le formulaire d'évaluation de transferts</li> <li>6. Mise en place de la liste de contrôle de transfert SBAR (guide pour un transfert structuré standardisé) et présentation à l'ensemble des unités d'anesthésie et de soins post-anesthésiques.</li> </ol>

					<p>7. Processus d'éducation : Partage de cartes de poche plastifiées, présence d'affiches près des ordinateurs, cours sans rendez-vous, documentation diverses disponibles, ... Les cinq éléments d'informations surveillés n'ont pas été communiqués, mais le pourcentage des omissions selon les rapports complets fournis a été partagé pour démontrer la marge d'amélioration. Il n'y avait également aucune mention sur une possible collecte post-intervention.</p> <p>8. Temps d'apprentissage et d'attente (quelques jours)</p> <p><b>Début collecte des données post-intervention (1 semaine)</b></p> <p>9. Evaluation par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de chaque transfert de manière anonyme en utilisant le formulaire d'évaluation de transfert</p> <p>10. Attente de deux mois après l'implantation de l'outil</p> <p><b>Collecte des données : Implantation de l'outil (24h)</b></p> <p>11. Evaluation par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques de chaque transfert de manière anonyme en utilisant le formulaire d'évaluation de transfert pour évaluer l'utilisation continue.</p> <p>12. Evaluation selon le dossier médical électronique de chaque transfert pendant 12 semaines (trois mois).</p> <p>13. Analyse des données</p> <p>14. Taux de conformité de 70% a été choisi comme objectif initial pour refléter des projets similaires d'amélioration de la qualité sur le sujet</p> <p>15. Comparaison des données de la phase pré-intervention et post-intervention, de l'implantation des données</p> <p>16. Examen des données</p> <p>17. Formulation des recommandations basées sur les résultats.</p>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			<p>La protection des sujets humains a été assurée à l'aide d'une commission d'examen primaire et secondaire. Il comprenait le Conseil d'examen institutionnel (IRB) de l'Université de Floride du Nord et l'IRB de l'Université Augusta. Une dérogation a été accordée par les deux CISR, car le projet ne répondait pas à la définition de la recherche sur des sujets humains.</p> <p>Les prestataires d'anesthésie n'étaient pas informés de la collecte de données mais ils ont été évalués de façon anonyme par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	<p>Oui, ils répondent à chaque interrogation en comparant les données pré et post-intervention. Cependant, il n'y aucune analyse statistique présentée avec des tests statistiques spécifiques. Les auteurs ne font pas de test interférentiel et de test d'hypothèse. Les auteures utilisent une analyse descriptive pour répondre à leur question de recherche.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résumés narratifs ainsi que les tableaux sont très précis et claires.</p> <p><b>Données pré-intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de 78 transferts sur 209 patients (37%)</li> <li>• Utilisation de 0% de l'outil de transfert SBAR → résultats attendus car aucun outil n'a été adopté ou suggéré avant</li> <li>• Omission des données entre 17% et 23%</li> </ul> <p>Cela démontre le manque de communication qui peut conduire à des erreurs médicales ou à des dommages aux patients.</p> <p><b>Données post-intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de 60 transferts sur les 174 patients (35%).</li> <li>• Utilisation de 73 % (soit 44 transferts) de l'outil SBAR → Augmentation considérable, introduction réussie de l'outil dans la pratique</li> </ul> <p>Lors de la comparaison des données pré-intervention avec les données post-intervention, seuls les transferts</p>



					<p>post-intervention utilisant l'outil de transfert PACU SBAR ont été utilisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omission des données diminuée <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure → 19,2% à 2,2%</li> <li>• Allergies → 23,1% à 4,5%</li> <li>• Bilan entrées et sorties → 16,7% à 0%</li> <li>• Administration antiémétiques → 21,8% à 4,5%</li> <li>• Equipements (cathéters) → 19,2% à 11%</li> </ul> </li> <li>• Augmentation des rapports complets (dans ce projet, il s'agit des 5 éléments suivants : procédure, allergies, bilan entrées et sorties, administration d'antiémétiques et équipements) → 13% à 82%</li> </ul> <p>Ces résultats indiquent l'amélioration spectaculaire due au projet.</p> <p><b>Mesure utilisation continue et durabilité de l'outil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation en deux récoltes de données supplémentaires</li> <li>• Evaluation sur 24 heures deux mois après la fin de l'étude initiale, 18 transferts ont été évalués (46%) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation à 72.2% (13 transferts sur les 18 transferts) ont utilisé l'outil PACU SBAR</li> </ul> </li> <li>• Evaluation sur 12 semaines à partir du dossier médical électronique <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation à 77% la première semaine ce qui est supérieur à la collecte du formulaire d'évaluation du transfert de la même semaine estimé à une utilisation de 73% (+5%)</li> <li>• Pour les 12 semaines suivantes (+3mois), l'utilisation se situait entre 80% et 89%</li> </ul> </li> </ul>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats sont présentés en fonction de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Le but premier de l'étude est d'améliorer les transferts de connaissances et de diminuer les

					omissions pendant la période de transfert afin d'améliorer la qualité des soins et de favoriser la sécurité des patients.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		Non, les résultats sont démontrés seulement en fonction de la présente étude. Il y a parfois quelques recommandations et hypothèses explicité dans la discussion mais celle-ci ne proviennent pas de littérature antérieure
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Certaines limites étaient présentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les évaluations ont été effectuées par des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques dans un environnement très distrayant. Certains anesthésistes se sont dit préoccupés par les interruptions et les distractions qui auraient pu faire en sorte que l'infirmière manque d'informations</li> <li>• Bien que les prestataires d'anesthésie ne savaient pas qu'une collecte de données post-intervention avait lieu, ils savaient qu'une collecte de données pré-intervention avait eu lieu dans le passé. Cela peut avoir conduit à un effet Hawthorne basé sur la connaissance d'une éventuelle surveillance. Les évaluations anonymes effectuées ont aidé à limiter ce biais, par opposition à l'observation directe par un tiers</li> <li>• Les données post-intervention ont été collectées pendant une période de transition pour les résidents en anesthésie, cela a conduit à inclure deux groupes de résidents. Beaucoup de ces résidents n'étaient peut-être pas familiers avec le nouveau processus SBAR, bien qu'une formation complémentaire ait été dispensée</li> <li>• Les données du dossier médical électronique utilisées pour montrer la durabilité étaient principalement autodéclarées. De ce fait, il ne démontre pas d'utilisation réelle. Cela permet un biais de déclaration automatique, car un fournisseur aurait pu documenter l'utilisation sans réellement utiliser l'outil pendant le transfert.</li> </ul>

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Ils ne font pas part directement de la généralisation, mais au vu des limitations et des recommandations pour la suite (spécifique aux différents domaines), il serait difficile d'effectuer une généralisation.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, il a été démontré que l'utilisation d'une liste de contrôle standardisée améliore les informations transférées lors du transfert d'un fournisseur à un autre. Le projet a réussi à mettre en œuvre une liste de contrôle standardisée et l'outil SBAR. Une formation complémentaire sera nécessaire pour améliorer et maintenir ce succès.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Des projets similaires peuvent être facilement reproduits dans d'autres contextes, dans cet établissement et dans d'autres, afin d'améliorer et de fournir les meilleurs soins possibles aux patients subissant des soins d'anesthésie. Par la suite, le comité envisage d'aborder le transfert dans l'unité de soins post-anesthésiques pédiatrique, les transferts intra opératoires entre les prestataires d'anesthésie et le transfert de la salle d'opération aux unités de soins intensifs.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'article est présenté de manière adéquate avec la présence de chapitres clairs et de graphiques pour apprécier les résultats.
Commentaires :					

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Article N°6

Postoperative Information Transfers : An Integrative Review

## Grille de résumé d'une revue de littérature

Titre de la revue	Rose, M. W., Newman, S., & Brown, C. (2018). Postoperative Information Transfers: An Integrative Review. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 34(2), 403-424.e3. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096</a>
Contexte	Les transferts postopératoires sont étudiés. Il s'agit de la remise de soins entre la salle d'opération et les unités de soins post-anesthésiques incluant donc les infirmières des deux services et une patientèle adulte. Le contexte est donc hospitalier.
Objectifs (PICO)	L'objectif principal de cette revue intégrative est de synthétiser et de critiquer la littérature relative aux protocoles, listes de contrôle et outils conçus pour évaluer et améliorer la qualité des transferts postopératoires, en particulier de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs). De plus, cette revue permet de se rendre compte de la façon dont les protocoles, listes de contrôle et outils ont été développés ainsi que de décrire comment les instruments améliorent la qualité des transferts postopératoires.
Sources (bases) des données	Cette revue intégrative a été guidée par le cadre décrit par Whittemore et Knafl. Ce cadre méthodologique a guidé l'analyse et le compte rendu de l'état actuel des connaissances sur les constructions complexes, telles que les transferts postopératoires. L'analyse des données et les stratégies de synthèse comprenaient l'identification du problème, la description de la stratégie de recherche documentaire, l'évaluation des données et de leur qualité, et la réduction / synthèse des données. Une recherche systématique sur l'Index cumulatif de la littérature en soins infirmiers et paramédicaux, PubMed, SCOPUS, l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé, les bases de données électroniques Cochrane a été effectuée à l'aide des termes de recherche suivants: transferts postopératoires, transfert, communication, transfert d'informations, listes de contrôle, outils, mesure, communication, unité de soins post-anesthésiques, postopératoire, transfert patient, communication sur la santé, communication interdisciplinaire, systèmes de communication hospitaliers et relations interpersonnelles. Des recherches manuelles à l'aide de liste de références des revues systématiques pertinentes ont été effectuées. Les termes de recherche ont été saisis dans PubMed et intégrés à l'aide des termes booléens ET et OU.
Critères d'éligibilité ou caractéristiques des études (durée, années, langues, ...)	<b>Critères d'inclusion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudes publiées entre janvier 2000 et janvier 2015 qui décrivaient des instruments, y compris des listes de contrôle et des outils, développés pour améliorer la qualité des transferts postopératoires</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruments développés pour améliorer la qualité du contenu et de la structure des informations des transferts postopératoires</li> <li>• Instruments développés pour évaluer les processus liés aux transferts de soins de patients de la salle d'opération à l'unité de soins post-anesthésiques</li> <li>• Patientèle adulte</li> <li>• Revues systématiques ont été examinées manuellement pour la recherche empirique relative aux instruments</li> <li>• Langue : Anglais</li> </ul> <p><b>Critères exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientèle pédiatrique et patientèle lors de chirurgies cardiaques.</li> </ul>
Participants	Il s'agit des prestataires de la salle d'opération ainsi que de l'unité de soins post-anesthésiques et de soins intensifs. La patientèle cible lors des transferts sont des adultes.
Interventions	Il n'y a pas d'intervention directe de la revue, mais les études choisies ont été classées selon leurs niveau de preuves et les interventions. Les niveaux de preuves des études récupérées ont été classées dans l'une des 4 catégories proposées par Wong et al. Ces catégories ont été conçues pour différencier facilement les différents types d'études basées sur l'intervention, pré-intervention, post-intervention. Les études d'observations ont également été classées en fonction de ces catégories.
Méthodes d'évaluation et synthèse des études	L'extraction des données a été réalisée de manière indépendante par l'auteur principal qui a soigneusement lu et classé chaque article en fonction de la conception de l'étude, du cadre, de l'échantillon, des objectifs, de la description de l'instrument, du niveau de preuve et des résultats. Enfin, chaque instrument décrit au sein des articles a été classé selon les trois dimensions du modèle de Donabedian, qui sont de <i>la structure, les processus et les résultats</i> . L'un des objectifs de la classification des instruments est d'identifier les instruments qui ont été développés pour améliorer la structure, le processus ou les résultats liés aux transferts de soins postopératoires, ou une combinaison de ces trois dimensions.
Résultats	<p>Les résultats sont résumés de manière narrative et à l'aide de tableaux. La synthèse des résultats a été classé en fonction des trois dimensions du Modèle Donabedian (DMC) → (<i>structure, processus, résultats</i>) puis suivi d'une sous-classification en fonction de l'objectif et de l'instrument. La synthèse principale des résultats a été réalisée par le premier auteur. Un examen et une synthèse secondaire ont été effectués par les auteurs collaborateurs. Un total de 17 articles a été identifiés (tableau 1)</p> <p><b>STRUCTURE DES TRANSFERTS POSTOPÉRATOIRES COMMUNICATION STANDARDISÉE</b></p> <p>La structure fait référence au contenu informationnel des transferts postopératoires et au cadre de normalisation des transferts d'informations. Le développement d'instruments standardisés était un thème commun dans la littérature.</p>

Wright : Développement d'un test pilote d'outil de liste de contrôle patient pendant le transfert postopératoire. L'outil a été implanté et les infirmières spécialisées en anesthésie l'ont évalué. 90% des infirmières spécialisées en anesthésie qui l'ont utilisé ont pensé que la longueur et le contenu étaient appropriées → **Tous les répondant ont indiqué que l'outil offre un moyen efficace d'organiser le transfert postopératoire.**

Potestio et al : Conception d'un instrument de 17 articles, divisé en trois sections : patients, procédure, médicaments pour guider les résidents en anesthésie lors des transferts postopératoires. Les données collectées après la mise en place de l'instrument ont démontré que les résidents anesthésistes ont communiqué 8 éléments de manière significatives par rapport aux résidents qui n'ont pas joui de l'instrument → **Les résidents qui ont mis en œuvre l'instrument ont passé beaucoup plus de temps dans l'unité de soins post-anesthésiques que le groupe témoin.**

Robins et Dai : Création d'un instrument en collaboration avec l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques, des infirmières spécialisées en anesthésie et des membres du comité de sécurité des patients. L'instrument est divisé en sept sections : évaluer l'état de préparation, informations d'identification du patient, antécédents médicaux, type d'anesthésie, cours peropératoire, informations postopératoires et une section de clarification. Les mesures de résultats comprenaient la capacité des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques à se rappeler des éléments clés du transfert, la satisfaction du transfert par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques et le taux de rappel initiés par le personnel infirmier de l'unité de soins post-anesthésiques pour clarifier les informations sur le transfert → **L'utilisation de la liste de contrôle par les fournisseurs d'anesthésie a réduit le taux de rappels et conduit à une plus grande satisfaction pour les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques.**

Salzwedel et al : ont cherché à déterminer s'il y avait une différence significative dans la quantité d'informations transférées entre l'infirmière anesthésiste et celle de l'unité de soins post-anesthésiques avec et sans utilisation d'une liste de contrôle des transferts postopératoires. L'instrument de 37 éléments a été divisé en trois parties (préopératoire, peropératoire, postopératoire). Les transferts postopératoires ont été enregistrés sur vidéo avant la mise en œuvre de l'instrument. Après la mise en œuvre, 40 transferts ont été randomisés dans le groupe témoins et 40 dans le groupe d'études qui a utilisé l'instrument pendant les transferts postopératoires → **Le pourcentage global des éléments communiqués pendant les transferts postopératoires a augmenté de manière significative avec l'instrument  $P < 0,001$ . Sauf, la communication des éléments individuels tels que le « nom », le « type d'anesthésie » qui n'ont pas montré de différences significatives.**

Weniger et al. : Développement d'un instrument *eHandover* électronique, organisé selon le format SBAR et divisé en quatre sections. Lors de la remise du chirurgien (suture), l'infirmière présente doit cliquer sur « fin chirurgie » qui s'est retrouvé dans un système de documentation électronique péri-opératoire, et *eHandover* est imprimé dans l'unité de soins post-anesthésiques → **Amélioration de la note globale du transfert acceptable grâce à des interventions multimodales comprenant une liste de contrôle standardisée.**

Gillikin et Apatov : Mis en œuvre d'un outil électronique de transferts contenu dans le dossier électronique d'anesthésie. Ils ont comparé les omissions et les lacunes des informations avant et après la mise en œuvre → **Les omissions d'informations ont été considérablement réduites après l'introduction de l'outil dont : nom patient, allergies, antécédents médicaux, intervention chirurgicale, voies respiratoire, événements peropératoires, état hémodynamique, médicaments, état liquidien, conseils d'anticipation.**

Napgal et al. : Développement d'un outil d'évaluation de transfert postopératoire (PoHAT) pour détecter les erreurs de processus des transferts postopératoires et traiter les défaillances potentielles du processus avant qu'elles ne conduisent à des événements indésirables. PoHAT a été conçu pour aider les cliniciens à évaluer la qualité et l'efficacité des transferts postopératoires. L'instrument contient 24 éléments → **L'évaluation des transferts postopératoires sur les deux sites d'étude en utilisant PoHAT a révélé une médiane de huit omissions d'informations par transfert.**

#### **PROCESSUS DE TRANSFERTS POSTOPÉRATOIRES MODE DE DÉFAILLANCE ET ANALYSE DES EFFETS**

Napgal et al. : De plus de la description précédente (voir ci-dessus), le travail d'équipe a été évalué en fonction de cinq composantes comportementales côté sur une échelle de Likert : communication, coordination, coopération, connaissance de la situation, leadership → **Les résultats de l'étude ont indiqué une médiane de 2,9 erreurs par transfert.**

Napgl et al. : Ils ont cartographié les échecs de transferts d'informations et de communication à travers la voie chirurgicale pour développer et effectuer des tests de faisabilités d'un cadre pour analyser la communication dans le cadre péri-opératoire. Le cadre a créé une structure pour les quatre phases distinctes : évaluation préopératoire, travail d'équipe pré-procédurale, transferts postopératoire et soins quotidiens en salle. Les phases du transfert postopératoire ont été subdivisées en trois catégories : informations spécifiques au patient, informations spécifiques à la procédure chirurgicale, informations



spécifiques à la procédure d'anesthésie → ***Les transferts postopératoires ont été observés et la qualité des informations spécifiques au patient communiquées au cours des transferts postopératoires entre les prestataires a été comparée à la catégorie spécifique au patient.***

#### **MEMBRES DE L'ÉQUIPE PRÉSENTS PENDANT LE TRANSFERT POSTOPÉRAIRE**

Petrovic et al. : Conception d'un protocole de transfert péri-opératoire pour standardiser les transferts en délimitant un processus en cinq étapes. Tous les membres de l'équipe devaient être présents au moment du rapport de transfert : le fournisseur d'anesthésie, le chirurgien ou la personne désignée, l'infirmière de salle d'opération, l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques → ***Petrovic et al. ont mis en œuvre le protocole entre la salle d'opération et l'unité de soins post-anesthésiques, le nombre moyen d'omissions d'informations et de défauts techniques étaient significativement inférieure  $P > 0,01$  en utilisant le protocole.***

#### **INFLUENCE DES COMPORTEMENTS ET DU TRAVAIL D'ÉQUIPE**

Dans le transfert postopératoire, la dimension *Processus* fait référence aux tâches ou activités nécessaires pour effectuer un transfert postopératoire en toute sécurité.

Mazzocco et al. : ont déterminé si les patients des équipes chirurgicales qui présentaient un bon travail d'équipe avaient des résultats supérieurs par rapport aux patients dont les équipes avaient un mauvais travail d'équipe. A l'aide d'un instrument adapté d'une autre étude, les infirmières ont observés et évalués des équipes chirurgicales dans six domaines de comportements y compris le briefing, le partage d'informations, l'enquête, l'affirmation, la vigilance et la sensibilisation et la gestion des contingences. → ***Les résultats ont révélé que les patients dont les équipes chirurgicales présentaient de mauvais comportement de travail en équipe étaient plus à risque de mauvais résultats de santé.***

Napgal et al. : Ont développé PoHAT pour évaluer la qualité et l'efficacité des transferts postopératoires (voir résultats ci-dessus). Le volet travail d'équipe de l'instrument comprenait 5 éléments comportementaux : communication, coordination, coopération, connaissance de la situation, leadership.

#### **FERMER LA BOUCLE DE COMMUNICATION**

C'était une caractéristique unique des 3 instruments identifiés dans cette revue, la fermeture de la boucle de communication.

Potestio et al. : Ils ont inclus un élément de communication pour aborder la communication interpersonnelle entre le fournisseur d'anesthésie et l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques. → ***A la fin du***



*transfert, le fournisseur d'anesthésie interroge l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques en demandant : Avez-vous des questions ou préoccupations ?*

*Petrovic et al :* ont créé un instrument pour effectuer des transferts péri-opératoires de la salle d'opération à l'unité de soins intensifs et aux unités de soins post-anesthésiques. Les transferts postopératoires, les rapports chirurgicaux et les infirmières ont été guidés par l'instrument → ***L'instrument a incité les membres de l'équipe de transfert à rester au chevet du patient pendant le transfert. Puis, l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques a invité les membres de l'équipe à clarifier les problèmes non résolus et a officiellement conclu le transfert avec une déclaration finale.***

*Manser et al :* ont développé et testé un outil de 19 éléments pour déterminer les composants d'un transfert de qualité et efficace. → ***La compréhension partagée avec la clarification des questions entre le fournisseur d'anesthésie et l'infirmier de l'unité de soins post-anesthésiques a été définie comme la fermeture de la boucle de communication entre les prestataires.***

*Robins et Dai :* Ont inclus une section de clarification sur leur lise de contrôle qui a permis aux infirmiers anesthésistes et de l'unité de soins post-anesthésiques de répondre aux questions.

### **ORIENTATION ANTICIPATIVE**

Les conseils d'anticipation sont des informations fournies par des fournisseurs d'anesthésie aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques afin de les aider à gérer les changements imminents et potentiels de l'état du patient. Plusieurs instruments comprenaient des sections pour guider les soins postopératoires.

*Petrovic et al :* Développement d'un protocole de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques qui comprenait des déclarations d'orientation anticipatives.

*Weniger et al :* Le formulaire d'eHandover selon SBAR, comprenait une section de recommandations

*Gilikin et Apatov :* Ont inclus un champ d'information d'orientation anticipative sur leur outil → ***Il y a eu une réduction significative du nombre d'omission des informations anticipatives.***

### **DURÉE PASSÉE EN UNITÉ DE SOINS POST-ANESTHÉSQUES**

Deux études décrivent le temps passé du fournisseur d'anesthésie dans l'unité de soins post-anesthésiques lors de l'utilisation d'un instrument de transferts postopératoires.

Potestion et al : → **Constata que le fournisseur d'anesthésie passe plus de temps dans l'unité de soins post-anesthésiques avec l'utilisation d'un instrument. En outre, ce temps est important pour les informations transférées.**

Robins et Dai : → **N'ont trouvé aucune différence significative dans la quantité de temps passé par le fournisseur d'anesthésie dans l'unité de soins post-anesthésiques.**

### RÉSULTATS PATIENTS

La 3<sup>ème</sup> dimension du modèle de Donabedian fait référence aux résultats pour les patients → **L'évaluation des transferts postopératoires observés à l'aide d'instruments a suggéré que les résultats indésirables pour les patients étaient associés à un manque de travail d'équipe et à l'incapacité de communiquer les informations pertinentes lors des transferts.**

Mazzoco et al : → **Les résultats ont révélé que les patients dont les équipes chirurgicales présentaient de mauvais comportements de travail en équipe étaient plus à risque de mauvais résultats de santé.** (Voir description ci-dessus)

Napgal et al : Dans leur étude, l'outil d'évaluation ITC a été développé pour collecter des données sur les transferts d'informations et la communication en péri-opératoire. Des données ont été collectées sur les événements médicaux indésirables provoquant des actes involontaires et des événements cliniques qui auraient pu causer des dommages → **Dans cette étude, les résultats négatifs étaient liés à des échecs de transferts d'informations.**

### SATISFACTION DES FOURNISSEURS

Le degré de satisfaction des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques a été enregistré dans quatre études.

Napgal et al : Etude pré et post intervention. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont évalués leur satisfaction globale à l'égard du transfert postopératoire sur une échelle de Likert à 5 points. Au total, 90 transferts postopératoires ont été évalués (50 avant, 40 après l'introduction du PoHAT) → **Avec la mise en œuvre du PoHAT, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont attribué à 58% des transferts un score de 5/5 contre seulement 8% avant la mise en œuvre de l'instrument.**

Robins et Dai : L'instrument comprenait plusieurs points dont la satisfaction du transfert évaluée par l'infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques → **L'adéquation aux transferts postopératoires a été**

*jugée plus élevée par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques que dans le groupe des infirmières en anesthésie. Cependant la différence entre les deux groupes n'est pas significative  $P=0.11$*

Anwari : Les infirmières des unités de soins post-anesthésiques ont attribué un score de satisfaction basé sur deux facteurs : la présence d'instructions sur la prise en charge du patient dans l'unité de soins post-anesthésiques et le niveau de satisfaction perçu lors du transfert → ***Les résultats ont indiqué que les instructions sur la gestion des patients étaient claires pour les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques dans 80% des cas. Elles ont évalué les transferts postopératoires comme bons dans seulement 48% des cas.***

Petrovic et al : Les membre de l'équipe des transferts postopératoires : le chirurgien, l'infirmière anesthésiste, les infirmières de la salle d'opération et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont rempli un sondage de satisfaction à la fin de l'étude → ***Les réponses des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont atteint une signification statistique pour les questions liées à la satisfaction à l'égard des transferts postopératoires, la réception d'informations sur les problèmes potentiels du patient et les éléments de suivi, le transfert physique du patient et les conseils d'anticipation.***

#### **BUT DE L'INSTRUMENT**

#### **ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU TRANSFERT POSTOPÉRATOIRE**

Évaluer la qualité des transferts postopératoires entre les infirmières anesthésistes et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques afin d'identifier les échecs de communication.

Anwari : A interrogé des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques après avoir reçu le rapport du transfert du fournisseur d'anesthésie → ***L'étude a mis en évidence que 67% des anesthésistes n'avaient pas transféré toutes les informations essentielles et que les informations lors de transferts postopératoires n'étaient pas transmises dans 40% à 60% des cas.***

Napgal et al : Ont développé PoHat pour évaluer les transferts postopératoires et fournir des données pour un retour d'informations et des améliorations futures. Les mesures des résultats finaux étaient les omissions d'informations, les erreurs de tâches, et le travail en équipe. PoHat a été évalué sur deux sites et a été comparé → ***Dans l'ensemble, PoHat est efficace pour évaluer les omissions d'informations, les erreurs de tâches et la qualité du travail en équipe pendant le transfert postopératoire.***

Dans une autre étude, ils ont développé un test de faisabilité du cadre ITCAS. Ils ont utilisé l'ADME. Le cadre ITCAS a évalué les échecs ITC chez 22 patients subissant des chirurgies gastro-intestinales majeures. Les patients ont été suivis et observés pendant les phases chirurgicales préopératoire, peropératoires et postopératoire → **Les résultats indiquent que la communication des informations sur le patient s'est dégradée depuis le bloc-opératoire à l'unité de soins post-anesthésiques.**

Milby et al. : ont analysé le transfert d'informations pendant les transferts postopératoires en observant 798 transferts et en comparant la qualité des informations transférées par rapport à un instrument de 59 éléments structurés en trois sections (éléments préopératoires, peropératoires, postopératoires). Par la suite, les observations ont été comparées aux informations des patients enregistrées dans le dossier d'anesthésie → **Dans la plupart des cas, la quantité d'informations transférées était largement hétérogène et incomplète.**

Manser et al. : Développement d'un instrument en 19 points pour aider les cliniciens à évaluer la qualité des transferts postopératoires des fournisseurs d'anesthésie. Les 16 premiers éléments permettent d'évaluer le transfert d'informations et le travail d'équipe. Les autres points concernaient la qualité du transfert et l'impact des influences environnementales des unités de soins post-anesthésiques sur les transferts postopératoires. A l'aide de trois facteurs : le transfert d'informations, la compréhension partagée et l'environnement du travail ont été identifiés pour évaluer la qualité des observations des transferts postopératoires. Le protocole de transfert postopératoire (POP) a été développé après avoir identifié des défaillances en communication dans le processus. Le protocole de transferts postopératoires a été un instrument de 21 éléments organisés sous les rubriques suivantes : informations spécifiques au patient, informations chirurgicales, informations anesthésiques, il a été conçu pour servir de liste de contrôle.

Nagpal et al. : **ont constaté que les erreurs de tâches spécifiques aux patients et à l'équipement étaient considérablement réduites, et le travail d'équipe s'améliorait considérablement après la mise en œuvre du protocole de transfert postopératoire.**

Siddiqui et al. : Développement d'un instrument pour identifier les omissions d'informations pendant les transferts postopératoires. Cette liste de contrôle contient 29 éléments séparés en quatre sections (informations démographiques préopératoires et sur les patients, gestion de l'anesthésie et informations peropératoires, événements peropératoires importants et directives postopératoires). Les observations se sont basées sur les contenus verbaux du transfert et ont été comparés aux éléments de la liste de contrôle. → **Les éléments non communiqués dans 88% ou plus des transferts postopératoires étaient : le positionnement du patient, la classification de l'American Society of Anesthesiologies et la perte**

	<p><i>de sang estimée. Les éléments communiqués dans 90% des cas étaient : le type de chirurgie et l'analgésie peropératoire.</i></p> <p><i>Weinger et al. : Développement d'un instrument électronique basé sur le format SBAR l'eHandover avec une formation par simulation et un retour de formation post-simulation → <b>Après avoir implanté l'eHandover, les notations du transfert postopératoire par les observateurs indiquent que la proportion de transferts acceptables est passé de 7% à 70% dans l'unité de soins post-anesthésiques adulte.</b></i></p>
Limites	<p><b>Limites</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un seul chercheur (le premier auteur) a documenté la recherche, a effectué l'extraction des données et la synthèse principale des études identifiées dans cette revue et aucune mesure de fiabilité n'a été effectuée.</li> <li>• La stratégie de recherche peut ne pas avoir identifié toutes les études pertinentes. Il est important de noter que les transferts ont lieu dans d'autres milieux de pratique comme au service des urgences et entre les autres services hospitaliers pendant les changements de quart de travail.</li> <li>• Il peut y avoir des similitudes et des différences entre les transferts effectués dans d'autres milieux de pratique qui pourraient être utilisés pour éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité dans les transferts postopératoires. Ainsi, l'inclusion d'études explorant les transferts effectués dans d'autres milieux de pratique de l'anesthésie pourrait produire des instruments adaptables supplémentaires.</li> <li>• Les transferts postopératoires en anesthésie pédiatrique et cardiaque n'ont pas été inclus dans cette revue car ils sont hautement spécialisés et nécessitent des considérations différentes.</li> <li>• La sélection des articles était limitée aux transferts postopératoires entre les infirmières anesthésistes et de l'unité de soins post-anesthésiques (salles de réveil, soins intensifs).</li> <li>• Les études incluses étaient limitées à celles écrites en anglais, par conséquent, un biais de sélection peut s'être produit et des études pertinentes publiées dans d'autres langues peuvent avoir été omises.</li> <li>• Les transferts postopératoires sont influencés par des facteurs individuels, interpersonnels et organisationnels, il était difficile de classer chaque instrument dans une dimension du modèle de Donabedian. De même, il y avait chevauchement lors de la classification de l'objectif de l'instrument, puis de la classification des instruments sur la base du modèle de Donabedian.</li> </ul>
Impacts des résultats	<p>Les preuves présentées dans cette revue offrent une solide recherche fondée qui soutient la normalisation des transferts postopératoires. Avant de standardiser le transfert postopératoire, une évaluation systématique des pratiques actuelles sont essentielles. Les services péri-opératoires qui cherchent à mettre en œuvre des protocoles standardisés devraient considérer les instruments selon leur population de</p>

	<p>patients, les besoins en informations des prestataires et les facteurs environnementaux. Les transferts postopératoires sont multifformes et influencés par des facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Education et formation continue tout au long du processus</li> <li>• Formation par simulation peut être une approche efficace pour identifier les zones à risques pendant les transferts postopératoires</li> <li>• Déterminer les besoins en formation des prestataires</li> <li>• Participation des principales parties au développement des instruments augmente la convivialité et la durabilité des intervention et donc de l'outil</li> </ul> <p>Les prochaines recherches sur les transferts postopératoires devraient être orientées vers les résultats qui affectent directement le patient, qui lient les relations entre la qualité des transferts postopératoires et les résultats pour le patient. Cela pourrait démontrer l'impact des transferts postopératoires de mauvaises qualités sur la morbidité et la mortalité. De même, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour étudier l'impact de la mise en œuvre d'instrument électronique sur les résultats cliniques. Ainsi que la recherche par action anticipative pourrait être utilisée pour identifier les déficits de transferts d'informations, identifier les obstacles et les facilitateurs aux transferts postopératoires et concevoir des instruments de transferts postopératoires spécifiques.</p>
Conclusion	<p>La normalisation des transferts postopératoires améliore la qualité du transfert d'informations. La sélection arbitraire d'un instrument de transferts postopératoires doit être évitée. La sélection délibérée d'un instrument doit suivre un processus systématique qui commence par l'identification des principaux déficits. La conception multimodale proposée par Weinger intègre la structure, les processus et les résultats des transferts postopératoires. Il est important de noter que la conception de la recherche de Weinger et al est complète et fait appel aux infirmières dont la contribution est essentielle pour découvrir ce qui fonctionne le mieux, et améliorer un événement de soins complexe (transferts postopératoires).</p>
Implication pour le projet	<p>Cette revue de littérature permet de regrouper les différents instruments présents et de comprendre qu'elles sont les avantages de chacun d'entre eux. De plus grâce au modèle de Donabedian, la compréhension par rapport à la qualité des soins est intéressante et démontre des interventions faisables pour augmenter la sécurité aux patients ainsi que la satisfaction des prestataires.</p>

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## Grille de lecture critique d'une revue de littérature

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Rose, M. W., Newman, S., & Brown, C. (2018). Postoperative Information Transfers : An Integrative Review. <i>Journal of Perianesthesia Nursing</i> , 34(2), 403-424.e3. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096">https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à la revue ?			X	Il s'agit du transfert d'informations postopératoires : une revue intégrative. Nous pouvons déduire la population. Cependant ils ne parlent pas du problème. Le titre ne précise pas de concept cependant, l'étude s'appuie sur le modèle conceptuel de Donabedian
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la revue : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il synthétise l'objectif, la conception, la méthode, les résultats et la conclusion. Cependant, il ne parle pas directement du problème.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à la revue est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			<p>Pendant les transitions de soins péri-opératoires, les informations sur les patients sont communiquées aux prestataires suivants pour soutenir la continuité des soins et la sécurité des patients. Les POH (remise postopératoire = postoperative handovers) sont des transferts qui ont lieu entre les fournisseurs d'anesthésie vers l'unité de soins post-anesthésiques ou l'unité des soins-intensifs.</p> <p>Les POH fragmentés et inefficaces sont essentiellement des erreurs de communication et entraînent des lacunes dans les soins aux patients, une perte d'informations, un retard de traitement, une augmentation de la durée du séjour dans l'unité de soins post-anesthésiques et potentiellement une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Dans la phase postopératoire les fournisseurs d'anesthésie transportent les patients se remettant d'une intervention chirurgicale avec les effets de l'anesthésie vers l'unité de soins post-anesthésiques, tout en surveillant le patient et en effectuant des tâches thérapeutiques. A l'arrivée, dans l'unité de soins post-anesthésiques, les fournisseurs d'anesthésie sont chargés de rétablir les appareils de surveillance, maintenir une vigilance au</p>



					patient tout en communiquant les informations pertinentes sur le patient à l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques. Le manque de transferts postopératoires standardisé a été associé à des omissions d'informations et à une diminution de la satisfaction des prestataires. À la suite de diverses initiatives d'amélioration de la qualité, les objectifs nationaux de sécurité des patients de La Commission Mixte de 2006 exigeaient que tous les fournisseurs de soins de santé mettent en œuvre une approche normalisée des transferts. Cet objectif est actuellement une norme de sécurité des patients.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette revue intégrative est de synthétiser et de critiquer la littérature relative aux protocoles, listes de contrôle et outils conçus pour faciliter les transferts d'informations de la salle d'opération à l'unité de soins post anesthésiques. De plus, cette revue visait à se rendre compte de la façon dont les protocoles, listes de contrôles et outils de transferts postopératoires ont été développés ainsi que de décrire comment les instruments améliorent la qualité des transferts postopératoires ; et de fournir une orientation aux infirmières anesthésistes et de l'unité de soins post-anesthésiques qui cherchent à normaliser les transferts postopératoires.
<b>Méthodes</b> Devis	Le devis est-il mentionné ?	X			Revue intégrative de littérature Une recherche documentaire intégrative a été menée et a inclus des sources documentaires de janvier 2000 à janvier 2015
Critères d'éligibilités	Les critères d'éligibilité des articles sont mentionnés	X			<b>Critères d'inclusions :</b> La recherche documentaire a inclus des sources documentaires de janvier 2000 à janvier 2015 qui décrivaient des instruments (listes de contrôle et des outils) développés pour améliorer la qualité des transferts. Des instruments développés pour améliorer la qualité du contenu et de la structure de l'information des transferts postopératoires ainsi que des instruments développés pour évaluer les processus liés aux transferts de soins des patients de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques. Les patients sont des adultes.



					<b>Critères exclusions :</b> Les instruments développés impliquants des transferts de patients pédiatriques et de patients ayant subis des interventions chirurgicales cardiaques ont été exclus.
Population	La population d'intérêt est-elle mentionnée ?	X			Les prestataires de la salle d'opération, les prestataires de l'unité de soins post-anesthésiques et de l'unité de soins intensifs. Ainsi qu'une patientèle adulte.
Recherche d'article	Les banques de données de la recherche sont mentionnées	X			Les bases de données utilisées sont les suivantes : PubMed, SCOPUS, L'agence pour la recherche et la qualité des soins, Cochrane.  Les termes de recherches étaient : transfert postopératoire, transfert, post-transfert opérationnel, communication, transfert d'informations, liste de contrôle, outils, mesure, communication et unité de soins post-anesthésiques, communication sur la santé, communication interdisciplinaire, système de communication hospitalier, relations interpersonnelles.  Les mots MESH PubMed ont été utilisé avec des termes booléens ET / OU : transfert du patient, soins infirmiers après anesthésie, liste de contrôle et communication.
	Méthodes d'évaluation et synthèse sont mentionnées	X			Cette revue a été guidée par le cadre décrit par Whittenmore et Knafl, et a donné le compte rendu de l'état actuel des connaissances sur les constructions complexes telles que sont les transferts postopératoires. L'analyse des données et les stratégies de synthèse comprenaient : l'identification du problème, la description de la stratégie de recherche documentaire, l'évaluation des données et de leur qualité et la synthèse des données. La visualisation des sources de données primaires a permis d'identifier des thèmes communs.  L'extraction des données a été réalisée par l'auteur principal qui a lu et classé chaque article en fonction de la conception de l'étude, du cadre, de l'échantillon, des objectifs, de la description de l'instrument, du niveau de preuve et des résultats.

					<p>Les niveaux de preuves des études récupérées ont été classées dans l'une des quatre catégories proposées par Wong et al. Ces catégories ont été conçues pour différencier facilement les différents types d'études basées sur l'intervention, pré-intervention, post-intervention. Les études d'observations ont également été classées en fonction de ces catégories.</p>
<b>Résultats</b> Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Oui, ils sont résumés de manière narrative et à l'aide d'un tableau. La synthèse des résultats a été classé en fonction des trois dimensions du Modèle Donabedian (DMC) → (<i>structure, processus, résultats</i>) puis suivi d'une sous-classification en fonction de l'objectif et de l'instrument. La synthèse principale des résultats a été réalisée par le premier auteur. Un examen et une synthèse secondaire ont été effectués par les auteurs collaborateurs. Un total de 17 articles a été identifiés (tableau 1)</p> <p><b>STRUCTURE DES TRANSFERTS POSTOPÉRATOIRES COMMUNICATION STANDARDISÉE</b></p> <p>La structure fait référence au contenu informationnel des transferts postopératoires et au cadre de normalisation des transferts d'informations. Le développement d'instruments standardisés était un thème commun dans la littérature.</p> <p><u>Wright</u> : Développement d'un test pilote de liste de contrôle patient pendant le transfert postopératoire. L'outil a été implanté et les infirmières spécialisées en anesthésie l'ont évalué. 90% des infirmières spécialisées en anesthésie qui ont utilisé l'outil ont pensé que sa longueur et son contenu étaient appropriés → <b>Tous les répondants ont indiqué que l'outil offre un moyen efficace d'organiser le transfert postopératoire.</b></p> <p><u>Potestio et al</u> : Conception d'un instrument de 17 articles, divisé en trois sections : patients, procédure, médicaments pour guider les résidents en anesthésie lors des transferts postopératoires. Les données collectées après la mise en place de l'instrument</p>

				<p>ont démontré que les résidents anesthésistes ont communiqué 8 éléments de manière significatives par rapport aux résidents qui n'ont pas jouis de l'instrument → <b><i>Les résidents qui ont mis en œuvre l'instrument ont passé beaucoup plus de temps dans l'unité de soins post-anesthésiques que le groupe témoin.</i></b></p> <p><u>Robins et Dai</u> : Création d'un instrument en collaboration avec l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques, des infirmières spécialisées en anesthésie et des membres du comité de sécurité des patients. L'instrument est divisé en sept sections : évaluer l'état de préparation, informations d'identification du patient, antécédents médicaux, type d'anesthésie, cours peropératoire, informations postopératoires et une section de clarification. Les mesures de résultats comprenaient la capacité des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques à se rappeler des éléments clés du transfert, la satisfaction du transfert par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques et le taux de rappels initié par le personnel infirmier de l'unité de soins post-anesthésiques pour clarifier les informations sur le transfert → <b><i>L'utilisation de la liste de contrôle par les fournisseurs d'anesthésie a réduit le taux de rappels et conduit à une plus grande satisfaction pour les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques.</i></b></p> <p><u>Salzwedel et al</u> : ont cherché à déterminer s'il y avait une différence significative dans la quantité d'informations transférées entre l'infirmière anesthésiste et celle de l'unité de soins post-anesthésiques avec et sans utilisation d'une liste de contrôle des transferts postopératoires. L'instrument de 37 éléments a été divisé en trois parties (préopératoire, peropératoire, postopératoire). Les transferts postopératoires ont été enregistrés sur vidéo avant la mise en œuvre de l'instrument. Après la mise en œuvre, 40 transferts ont été randomisés dans le groupe témoins et 40 dans le groupe</p>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>d'études qui a utilisé l'instrument pendant les transferts postopératoires → <b>Le pourcentage global des éléments communiqués pendant les transferts postopératoires a augmenté de manière significative avec l'instrument P &lt;0,001. Sauf, la communication des éléments individuels tels que le « nom », le « type d'anesthésie » qui n'ont pas montré de différences significatives.</b></p> <p><u>Weniger et al.</u>: Développement d'un instrument <i>eHandover</i> électronique, organisé selon le format SBAR et divisé en quatre sections. Lors de la remise du chirurgien (suture), l'infirmière présente doit cliquer sur « fin chirurgie » qui s'est retrouvé dans un système de documentation électronique péri-opératoire, et l'<i>eHandover</i> est imprimé dans l'unité de soins post-anesthésiques → <b>Amélioration de la note globale du transfert acceptable grâce à des interventions multimodales comprenant une liste de contrôle standardisée.</b></p> <p><u>Gillikin et Apatov</u>: Mis en œuvre d'un outil électronique de transferts contenu dans le dossier électronique d'anesthésie. Ils ont comparé les omissions et les lacunes des informations avant et après la mise en œuvre → <b>Les omissions d'informations ont été considérablement réduites après l'introduction de l'outil dont : nom patient, allergies, antécédents médicaux, intervention chirurgicale, voies respiratoire, événements peropératoires, état hémodynamique, médicaments, état liquidien, conseils d'anticipation.</b></p> <p><u>Napgal et al.</u>: Développement d'un outil d'évaluation de transferts postopératoires (PoHAT) pour détecter les erreurs de processus des transferts postopératoires et traiter les défaillances potentielles du processus avant qu'elles ne conduisent à des événements indésirables. PoHAT a été conçu pour aider les cliniciens à évaluer la qualité et l'efficacité des transferts postopératoires. L'instrument contient 24 éléments →</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p><i>L'évaluation des transferts postopératoires sur les deux sites d'étude en utilisant PoHAT a révélé une médiane de huit omissions d'informations par transfert.</i></p> <p><b>PROCESSUS DE TRANSFERTS POSTOPÉRATOIRES MODE DE DÉFAILLANCE ET ANALYSE DES EFFETS</b></p> <p><u>Napgal et al :</u> De plus de la description précédente (voir ci-dessus), le travail d'équipe a été évalué en fonction de cinq composantes comportementales côté sur une échelle de Likert : communication, coordination, coopération, connaissance de la situation, leadership → <b><i>Les résultats de l'étude ont indiqué une médiane de 2,9 erreurs par transfert.</i></b></p> <p><u>Napgl'a et al :</u> Ils ont cartographié les échecs de transferts d'informations et de communication à travers la voie chirurgicale pour développer et effectuer des tests de faisabilités d'un cadre pour analyser la communication dans le cadre péri-opératoire. Le cadre a créé une structure pour les quatre phases distinctes : évaluation préopératoire, travail d'équipe pré-procédurale, transferts postopératoires et soins quotidiens en salle. Les phases du transfert postopératoire ont été subdivisées en trois catégories : informations spécifiques au patient, informations spécifiques à la procédure chirurgicale, informations spécifiques à la procédure d'anesthésie → <b><i>Les transferts postopératoires ont été observés et la qualité des informations spécifiques au patient communiquées au cours des transferts postopératoires entre les prestataires ont été comparés à la catégorie spécifique au patient.</i></b></p>
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p><b>MEMBRES DE L'ÉQUIPE PRÉSENTS PENDANT LE TRANSFERT POSTOPÉRATOIRE</b></p> <p><u>Petrovic et al.</u> : Conception d'un protocole de transfert péri-opératoire pour standardiser les transferts en délimitant un processus en cinq étapes. Tous les membres de l'équipe devaient être présents au moment du rapport de transfert : le fournisseur d'anesthésie, le chirurgien ou la personne désignée, l'infirmière de salle d'opération, l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques → <b><i>Petrovic et al. ont mis en œuvre le protocole entre la salle d'opération et l'unité de soins post-anesthésiques, le nombre moyen d'omissions d'informations et de défauts techniques étaient significativement inférieure (<math>P&gt;0,01</math>) en utilisant le protocole.</i></b></p> <p><b>INFLUENCE DES COMPORTEMENTS ET DU TRAVAIL D'ÉQUIPE</b></p> <p>Dans le transfert postopératoire, la dimension <i>Processus</i> fait référence aux tâches ou activités nécessaires pour effectuer un transfert postopératoire en toute sécurité.</p> <p><u>Mazzocco et al.</u> : ont déterminé si les patients des équipes chirurgicales qui présentaient un bon travail d'équipe avaient des résultats supérieurs par rapport aux patients dont les équipes avaient un mauvais travail d'équipe. A l'aide d'un instrument adapté d'une autre étude, les infirmières ont observés et évalués des équipes chirurgicales dans six domaines de comportements y compris le briefing, le partage d'informations, l'enquête, l'affirmation, la vigilance et la sensibilisation et la gestion des contingences. → <b><i>Les résultats ont révélé que les patients dont les équipes chirurgicales présentaient de mauvais comportement de travail en équipe étaient plus à risque de mauvais résultats de santé.</i></b></p>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p><u>Napgal et al :</u> Ont développé PoHAT pour évaluer la qualité et l'efficacité des transferts postopératoires (voir résultats ci-dessus). Le volet travail d'équipe de l'instrument comprenait 5 éléments comportementaux : communication, coordination, coopération, connaissance de la situation, leadership.</p> <p><b>FERMER LA BOUCLE DE COMMUNICATION</b> C'était une caractéristique unique des trois instruments identifiés dans cette revue. La fermeture de la boucle de communication.</p> <p><u>Potestio et al :</u> Ils ont inclus un élément de communication pour aborder la communication interpersonnelle entre le fournisseur d'anesthésie et l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques. → <b><i>A la fin du transfert, le fournisseur d'anesthésie interroge l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques en demandant : Avez-vous des questions ou préoccupations ?</i></b></p> <p><u>Petrovic et al :</u> ont créé un instrument pour effectuer des transferts péri-opératoires de la salle d'opération à l'unité de soins intensifs et aux unités de soins post-anesthésiques. Les transferts postopératoires, les rapports chirurgicaux et les infirmières ont été guidés par l'instrument → <b><i>L'instrument a incité les membres de l'équipe de transfert à rester au chevet du patient pendant le transfert. Puis, l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques a invité les membres de l'équipe à clarifier les problèmes non résolus et a officiellement conclu le transfert avec une déclaration finale.</i></b></p> <p><u>Manser et al :</u> ont développé et testé un outil de 19 éléments pour déterminer les composants d'un transfert de qualité et efficace. → <b><i>La compréhension partagée avec la clarification des questions entre le fournisseur d'anesthésie et l'infirmier de l'unité de soins post-anesthésiques a été définie comme</i></b></p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p><b><i>la fermeture de la boucle de communication entre les prestataires.</i></b></p> <p><u>Robins et Dai</u> : Ont inclus une section de clarification sur leur lise de contrôle qui a permis aux infirmières anesthésistes et de l'unité de soins post-anesthésiques de répondre aux questions.</p> <p><b>ORIENTATION ANTICIPATIVE</b></p> <p>Les conseils d'anticipation sont des informations fournies par des fournisseurs d'anesthésie aux infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques afin de les aider à gérer les changements imminents et potentiels de l'état du patient. Plusieurs instruments comprenaient des sections pour guider les soins postopératoires.</p> <p><u>Petrovic et al.</u> : Développement d'un protocole de la salle d'opération vers l'unité de soins post-anesthésiques qui comprenait des déclarations d'orientation anticipatives.</p> <p><u>Weniger et al.</u> : Le formulaire d'eHandover selon SBAR, comprenait une section de recommandations</p> <p><u>Gilikin et Apatov</u> : Ont inclus un champ d'informations d'orientations anticipatives sur leur outil → <b><i>Il y a eu une réduction significative du nombre d'omissions des informations anticipatives.</i></b></p> <p><b>DURÉE PASSÉE EN UNITÉ DE SOINS POST-ANESTHÉSQUES</b></p> <p>Deux études décrivent le temps passé du fournisseur d'anesthésie dans l'unité de soins post-anesthésiques lors de l'utilisation d'un instrument de transferts postopératoires.</p> <p><u>Potestion et al.</u> : → <b><i>Constata que le fournisseur d'anesthésie passe plus de temps dans l'unité de soins post-</i></b></p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



					<p><i>anesthésiques avec l'utilisation d'un instrument. En outre, ce temps est important pour les informations transférées.</i></p> <p><i><u>Robins et Dai</u> : → N'ont trouvé aucune différence significative dans la quantité de temps passé par le fournisseur d'anesthésie dans l'unité de soins post-anesthésiques.</i></p> <p><b>RÉSULTATS AUX PATIENTS</b>  La 3<sup>ème</sup> dimension du modèle de Donabedian fait référence aux résultats pour les patients → <i><b>L'évaluation des transferts postopératoires observés à l'aide d'instrument a suggéré que les résultats indésirables pour les patients étaient associés à un manque de travail d'équipe et à l'incapacité à communiquer les informations pertinentes lors des transferts.</b></i></p> <p><i><u>Mazzoco et al</u> : → Les résultats ont révélé que les patients dont les équipes chirurgicales présentaient de mauvais comportements de travail en équipe étaient plus à risque de mauvais résultats de santé. (Voir description ci-dessus)</i></p> <p><i><u>Napgal et al</u> : Dans leur étude, l'outil d'évaluation ITC a été développé pour collecter des données sur les transferts d'informations et la communication en péri-opératoire. Des données ont été collectées sur les événements médicaux indésirables provoquant des actes involontaires et des événements cliniques qui auraient pu causer des dommages → <b>Dans cette étude, les résultats négatifs étaient liés à des échecs de transferts d'informations.</b></i></p> <p><b>SATISFACTION DES FOURNISSEURS</b>  Le degré de satisfaction des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques a été enregistré dans quatre études.</p>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p><u>Napgal et al :</u> Etude pré et post intervention. Les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont évalué leur satisfaction globale à l'égard du transfert postopératoire sur une échelle de Likert à 5 points. Au total, 90 transferts postopératoires ont été évalués (50 avant, 40 après l'introduction du PoHAT) → <b>Avec la mise en œuvre du PoHAT, les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont attribué à 58% des transferts un score de 5/5 contre seulement 8% avant la mise en œuvre de l'instrument.</b></p> <p><u>Robins et Dai :</u> L'instrument comprenait plusieurs points dont la satisfaction du transfert évaluée par l'infirmière de l'unité de soins post-anesthésiques → <b>L'adéquation aux transferts postopératoires a été jugée plus élevée par les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques que dans le groupe des infirmières en anesthésie. Cependant la différence entre les deux groupes n'est pas significative <math>P=0.11</math>.</b></p> <p><u>Anwari :</u> Les infirmières des unités de soins post-anesthésiques ont attribué un score de satisfaction basé sur deux facteurs : la présence d'instructions sur la prise en charge du patient dans l'unité de soins post-anesthésiques et le niveau de satisfaction perçu lors du transfert → <b>Les résultats ont indiqué que les instructions sur la gestion des patients étaient claires pour les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques dans 80% des cas. Elles ont évalué les transferts postopératoires comme bons dans seulement 48% des cas.</b></p> <p><u>Petrovic et al :</u> Les membre de l'équipe des transferts postopératoires : le chirurgien, l'infirmière anesthésiste, les infirmières de la salle d'opération et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont rempli un sondage de satisfaction à la fin de l'étude → <b>Les réponses des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques ont atteint une signification</b></p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p><i>statistique pour les questions liées à la satisfaction à l'égard des transferts postopératoires, la réception d'informations sur les problèmes potentiels du patient et les éléments de suivi, le transfert physique du patient et les conseils d'anticipation.</i></p> <p><b>BUT DE L'INSTRUMENT</b>  <b>ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU TRANSFERT POSTOPÉRATOIRE</b>  Évaluer la qualité des transferts postopératoires entre les infirmières anesthésistes et les infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques afin d'identifier les échecs de communication.</p> <p><u>Anwari</u> : a interrogé des infirmières de l'unité de soins post-anesthésiques après avoir reçu le rapport du transfert du fournisseur d'anesthésie → <b><i>L'étude a mis en évidence que 67% des anesthésistes n'avaient pas transféré toutes les informations essentielles et que les informations lors de transferts postopératoires n'étaient pas transmises dans 40% à 60% des cas.</i></b></p> <p><u>Napgal et al</u> : ont développé PoHat pour évaluer les transferts postopératoires et fournir des données pour un retour d'informations et des améliorations futures. Les mesures des résultats finaux étaient les omissions d'informations, les erreurs de tâches, et le travail en équipe. PoHat a été évalué sur deux sites et a été comparé → <b><i>Dans l'ensemble, PoHat est efficace pour évaluer les omissions d'informations, les erreurs de tâches et la qualité du travail en équipe pendant le transfert postopératoire.</i></b></p> <p>Dans une autre étude, ils ont développé un test de faisabilité du cadre ITCAS. Ils ont utilisé l'ADME. Le cadre ITCAS a évalué les échecs ITC chez 22 patients subissant des chirurgies gastro-</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>intestinales majeures. Les patients ont été suivis et observés pendant les phases chirurgicales préopératoire, peropératoires et postopératoire → <b>Les résultats indiquent que la communication des informations sur le patient s'est dégradée depuis le bloc-opératoire à l'unité de soins post-anesthésiques.</b></p> <p><u>Milby et al.</u> : ont analysé le transfert d'informations pendant les transferts postopératoires en observant 798 transferts et en comparant la qualité des informations transférés par rapport à un instrument de 59 éléments structuré en trois sections (éléments préopératoires, peropératoires, postopératoires). Par la suite, les observations ont été comparées aux informations des patients enregistrées dans le dossier d'anesthésie → <b>Dans la plupart des cas, la quantité d'informations transférées était largement hétérogène et incomplète.</b></p> <p><u>Manser et al.</u> : Développement d'un instrument en 19 points pour aider les cliniciens à évaluer la qualité des transferts postopératoires des fournisseurs d'anesthésie. Les 16 premiers éléments permettent d'évaluer le transfert d'informations et le travail d'équipe. Les autres points concernaient la qualité du transfert et l'impact des influences environnementales des unités de soins post-anesthésiques sur les transferts postopératoires. A l'aide de trois facteurs : le transfert d'informations, la compréhension partagée et l'environnement du travail ont été identifiés pour évaluer la qualité des observations des transferts postopératoires. Le protocole de transfert postopératoire (POP) a été développé après avoir identifié des défaillances en communication dans le processus. Le protocole de transferts postopératoires est un instrument de 21 éléments organisés sous les rubriques suivantes : informations spécifiques au patient, informations chirurgicales, informations anesthésiques, il a été conçu pour servir de liste de contrôle.</p>
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p><u>Nagpal et al :</u> <b>ont constaté que les erreurs de tâches spécifiques aux patients et à l'équipement étaient considérablement réduites, et le travail d'équipe s'améliorait considérablement après la mise en œuvre du protocole de transfert postopératoire.</b></p> <p><u>Siddiqui et al :</u> Développement d'un instrument pour identifier les omissions d'informations pendant les transferts postopératoires. Cette liste de contrôle contient 29 éléments séparés en quatre sections (informations démographiques préopératoires et sur les patients, gestion de l'anesthésie et informations peropératoires, événements peropératoires importants et directives postopératoires). Les observations se sont basées sur les contenus verbaux du transfert et ont été comparées aux éléments de la liste de contrôle. → <b>Les éléments non communiqués dans 88% ou plus des transferts postopératoires étaient : le positionnement du patient, la classification de l'American Society of Anesthesiologies et la perte de sang estimée. Les éléments communiqués dans 90% des cas étaient : le type de chirurgie, l'analgésie peropératoire.</b></p> <p><u>Weinger et al :</u> Développement d'un instrument électronique basé sur le format SBAR l'eHandover avec une formation par simulation et un retour de formation post-simulation → <b>Après avoir implanté l'eHandover, les notations du transfert postopératoire par les observateurs indiquent que la proportion de transferts acceptables est passé de 7% à 70% dans l'unité de soins post-anesthésiques adulte.</b></p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en regard de la question de recherche ?	X		<p>Ils sont interprétés en fonction du modèle Donabedian (structure, processus. Résultats) et ensuite en sous classification.</p> <p>Structure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication standardisée</li> </ul> <p>Processus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode de défaillance et analyse des effets</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membre de l'équipe présents pendant les transferts postopératoires</li> <li>• Influence des comportements et du travail d'équipe</li> <li>• Fermer la boucle de communication</li> <li>• Orientation anticipative</li> <li>• Durée passée dans l'unité de soins post-anesthésiques</li> </ul> <p>Résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats aux patients</li> <li>• Satisfaction des fournisseurs</li> </ul> <p>But de l'instrument</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de la qualité des transferts postopératoires</li> </ul> <p>Ceci permet d'interpréter les résultats précisément et en regard de la question de recherche.</p> <p><b>Discussion :</b>  Les instruments développés pour normaliser la structure du transfert postopératoire ont démontré <b><i>une augmentation de la quantité d'informations critiques</i></b> transférées pendant les transferts postopératoires, <b><i>une diminution des omissions d'informations et une diminution des événements à haut risques et des erreurs de tâche.</i></b></p> <p>Les études qui portaient sur deux dimensions ou plus du modèle de Donabedian ont montré des résultats positifs similaires par rapport aux instruments qui traitaient d'une dimension. Les instruments testés sur plusieurs sites d'études ont montré des résultats positifs similaires par rapport aux instruments testés sur un seul site. L'évaluation de l'impact des instruments de transferts postopératoires et des comportements des équipes chirurgicales sur plus d'un site d'étude pourrait augmenter la généralisation des résultats à d'autres milieux de pratique. Les preuves présentées dans cet article offrent une solide recherche fondée sur des preuves qui soutient la normalisation des transferts postopératoires.</p>
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p><i>Une lacune dans l'ensemble des données probantes concernant les transferts postopératoires et le manque d'étude évaluant les résultats au niveau des patients après la mise en œuvre des instruments de transferts postopératoires. La plupart des études mesure la communication, le travail d'équipe, la durée du transfert postopératoire, la satisfaction des prestataires.</i></p> <p>Les prochains développements dans la recherche sur les transferts postopératoires devraient être orientés vers des résultats cliniquement important qui affectent directement le patient. Dans cette revue, seule deux études ont explicitement étudié les facteurs comportementaux et environnementaux qui influencent les transferts postopératoires. Des preuves à l'appui de l'importance du travail d'équipe et de la communication concise des informations péri -opératoire sur les patients au cours de transferts postopératoires ont été identifiés dans 2 études. <b><i>Le travail d'équipe, l'adaptabilité, l'intégration et les caractéristiques environnementales se sont révélés être des facteurs importants influençant la qualité des transferts et les résultats pour les patients.</i></b></p> <p>Dans cette revue il a été démontré que la mortalité était plus élevée chez les patients dont les équipes chirurgicales présentaient un moins bon travail d'équipe. De plus, cette mauvaise dynamique et communication pourrait constituer des obstacles à la mise en œuvre d'instruments de transferts postopératoires.</p> <p>Dans cette revue, deux études on décrit la mise en œuvre d'instrument électroniques de transferts postopératoires. Les avantages sont la gestion des informations sur l'anesthésie pour une meilleure sécurité des patients et meilleure qualité des soins, ainsi qu'un échange accru d'informations complexes sur</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>la santé. Des études impliquant des instruments en papier et électroniques sur les transferts postopératoires ont été décrites dans cette revue. Les résultats indiquent que les deux formats ont eu des résultats positifs similaires.</p> <p><b>Le type d'instrument choisi dépend de l'utilisation prévue, du type d'information souhaitée et des objectifs d'amélioration des transferts postopératoires.</b> Les points à choisir lors d'une sélection d'instrument sont : les participants, l'environnement, examiner le contenu des instruments existants, (possibilité de personnaliser certains instruments), l'impact du temps de la mise en œuvre.</p> <p><b><i>Dans cette revue, les études qui ont mesuré la durée du temps passée dans l'unité de soins post-anesthésiques n'est pas clair si l'augmentation du temps à un effet positif ou négatif sur le processus de transfert postopératoire.</i></b> D'avantages d'informations ont été transférées grâce aux instruments mais cela peut aussi potentiellement retarder le temps de renouvellement de la salle donc le début de la prise en charge du cas suivant en salle d'opération.</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de la revue ?	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un seul chercheur a terminé la recherche documentaires et l'extraction des données et effectué la synthèse principale et aucune mesure de fiabilité n'a été effectuées</li> <li>• La stratégie de recherche peut ne pas avoir identifié toutes les recherches pertinentes</li> <li>• Les études incluses étaient limitées à celles écrites en anglais ; par conséquent un biais de sélection peut s'être produit et des études pertinentes publiées dans d'autres langues peuvent avoir été omises</li> <li>• Les transferts de cette revue étaient spécifiés à l'unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil, soins intensifs), alors que s'ils avaient inclus des transferts d'autres unités hospitalières cela aurait pu produire des instruments adaptables supplémentaires</li> </ul>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficile de classer chaque instrument dans une dimension du modèle de Donabedian car les transferts postopératoires sont influencés par des facteurs individuels, interpersonnels et organisationnels.</li> </ul>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			L'évaluation de l'impact des instruments de transferts postopératoires et des comportements des équipes chirurgicales sur plus d'un site d'étude pourrait augmenter la généralisation des résultats à d'autres milieux de pratiques.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<p>Les preuves présentées dans cet article offrent une solide recherche fondée qui soutient la normalisation des transferts postopératoires. Avant de standardiser les transferts postopératoires, une évaluation systématique des pratiques actuelles sont essentielles. Les services péri-opératoires qui cherchent à mettre en œuvre des protocoles standardisés devraient considérer les instruments selon leur population de patients, les besoins en informations des prestataires et les facteurs environnementaux. Les transferts postopératoires sont multiformes et influencés par des facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux. <b>L'éducation et la formation continue tout au long du processus</b> d'introduction d'un nouvel instrument de transferts postopératoires se sont avérés bénéfiques au succès de l'étude.</p> <p>La réalisation de l'AMDE a offert une approche précieuse pour analyser les transferts postopératoires. Un de ses avantages est sa capacité à prévoir les défaillances et les déficits potentiels et à combler ceux-ci, avant que la santé du patient ne soit compromise. <b>La formation par simulation peut être une approche efficace</b> pour identifier les zones à risques pendant les transferts postopératoires. L'élaboration de scénarios de simulation à haut risque dans lesquels la communication interpersonnelle est compromise présente un modèle où les défaillances peuvent être identifiées.</p> <p>Les études ont utilisé une variété de stratégies d'engagement des prestataires y compris la réalisation <b>d'entretien et de</b></p>

					<i>groupe de discussion</i> avec les principales parties prenantes. Des <i>interviews</i> individuels ont aussi été menées pour <i>déterminer les besoins en formations des prestataires</i> . La participation des principales parties prenantes et fournisseurs au développement des instruments <i>augmente la convivialité et la durabilité des interventions. De même, les prestataires sont plus susceptibles de mettre en œuvre des instruments qu'ils ont activement conçus.</i>
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les prochains développements dans la recherche de transferts postopératoires devraient être orientés vers des résultats cliniquement important qui affectent directement le patient. La conception d'études qui lient les relations entre la qualité des transferts postopératoires et les résultats pour le patient pourrait démontrer l'impact des transferts postopératoires de mauvaises qualités sur la morbidité et la mortalité. Il sera prudent d'analyser et de mesurer les paramètres spécifiques aux patients, tels que l'incidence des réintubations dans les unités de soins post-anesthésiques et d'évaluer les liens potentiels de ces événements avec la communication d'informations.  Les recherches futures devraient identifier les déficits de transfert d'informations, identifier les obstacles et les facilitateurs aux transferts postopératoires et concevoir des instruments de transferts postopératoires spécifiques au contexte.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est très bien structuré et détaillé. Il permet une analyse minutieuse des articles utilisés pour cette revue.
Commentaires :	Cette revue de littérature donne des pistes pour la formation des prestataires lors de la mise en place d'un outil : simulation, formations continues, interviews, discussions de groupe, entretiens ainsi que des idées pour les recherches futures : incidence directe sur les patients.				

(Boukar, 2020 ; Fortin & Gagnon, 2016).

## **Appendice D**

Tableau synaptique

TABLEAU SYNAPTIQUE

CATÉGORIE	CHAPITRE	Article N° 1 A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers.	Article N° 2 Interprofessional interactions influence nurses adoption of handover improvement	Article N° 3 Handover between anaesthetists and post- anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles : A quality improvement study	Article N° 4 Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process	Article N° 5 Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff	Article N° 6 Postoperative Information Transfers : An Integrative Review
OUTILS DE COMMUNICATION	ISBAR / SBAR		(✓)	✓		✓	✓
	Check-lists	✓	(✓)		✓	✓	✓
ENVIRONNEMENT	Satisfaction des prestataires	✓	✓		✓		✓
	Equipe		✓				✓
	Institution		✓				✓

