

Pratiques exemplaires pour améliorer
la continuité des soins et services
offerts aux aînés vivant avec un trouble
neurocognitif majeur et à leurs
personnes proches aidantes en
contexte de transition

Rapport en soutien au guide de pratique

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale

Pratiques exemplaires pour améliorer la
continuité des soins et services offerts
aux aînés vivant avec un trouble
neurocognitif majeur et à leurs
personnes proches aidantes en
contexte de transition

Rapport en soutien au guide de pratique

Rédaction

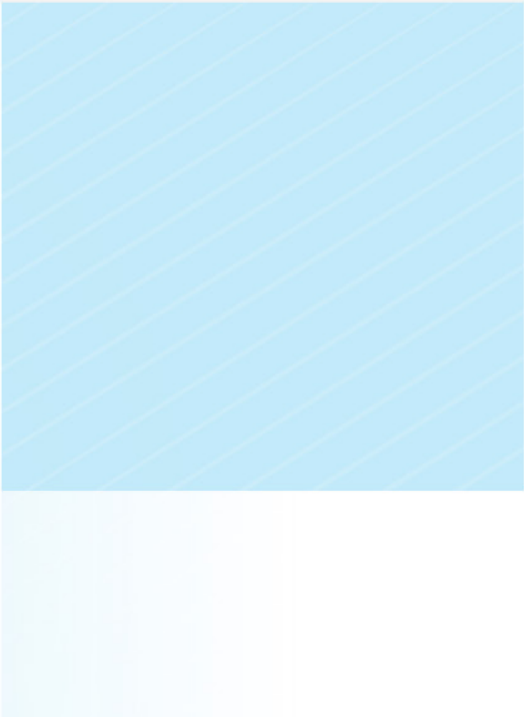
Marilyn Fortin
Myriam Gagné
El Kebir Ghandour
Marilyne Joyal

Coordination scientifique

Annie Tessier

Direction

Marie-Claude Sirois
Anne Chamberland



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures et auteur principaux

Marilyn Fortin, Ph. D.
Myriam Gagné, Ph. D.
El Kebir Ghandour, Ph. D.
Marilyne Joyal, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, B.A., M.S.S.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps.-Éd., M. Sc. adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Julie Dionne
Marie-Michelle Mongeau

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Geneviève Corriveau

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision
linguistique
Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-97189-4 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition : Rapport en soutien au guide de pratique. Rédigé par Marilyn Fortin, Myriam Gagné, El Kebir Ghandour et Marilyne Joyal. Québec, Qc : INESSS; 2024. 75 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Cette section liste toutes les personnes qui ont accompagné l'équipe de projet à titre de membres du comité consultatif.

M. Marc Archambault, personne proche aidante

D^r Patrick Archambault, médecin intensiviste, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches; professeur titulaire, Faculté de médecine, Université Laval

M^{me} Irina Bulmer, coordonnatrice, Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-Universitaire (GMF-U), GMF-Réseau (GMF-R), Services de première ligne, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Maggie Cabot, adjointe au directeur SAPA- volet clinique; Formatrice experte unifiée établissement OCCL; Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées; Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue

M. Michel Cantin, personne proche aidante

M^{me} Josée Chouinard, directrice, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – Continuum soutien à domicile et partenariat communautaire, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Mireille Cliche, travailleuse sociale, Ressource territoriale du Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Yves Couturier, professeur titulaire, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

M^{me} Julie Denis, chargée de projet, Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université Laval, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Geneviève Ducharme, adjointe à la directrice, Direction du programme SAPA – Hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Isabelle Dufour, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

M^{me} Nouha Ben Gaied, directrice recherche et développement, qualité des services, Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer

M^{me} Anik Généreux, personne proche aidante

M^{me} Véronique Magnan, pharmacienne, Pharmacie Véronique Magnan

D^{re} Michèle Morin, médecin interniste-gériatre, CISSS de Chaudière-Appalaches; professeure agrégée, Faculté de médecine, Université Laval

M^{me} Sonia Nadeau, directrice générale, La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches

M^{me} Audrey Parent, adjointe à la Direction du déploiement régional, responsable régionale de Chaudière-Appalaches, organisme l'Appui proches aidants Chaudière-Appalaches

D^r Jérôme Patry, médecin de famille, GMF-U de Lévis et Clinique des plaies complexes du Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis, CIUSSS de Chaudière-Appalaches

D^{re} Anne-Marie Pelletier, omnipratricienne, GMF Fontainebleau, Centre d'hébergement Sainte-Dorothée, Hôpital de la Cité-de-la-santé de Laval

M^{me} Véronic Poulin, infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

M^{me} Sonia Singamalum, infirmière clinicienne, Équipe de mentorat, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Francine Tétrault, personne proche aidante

Informatrices-clés

D^{re} Lucie Bonin, médecin de famille à la retraite, experte en intégration des services

M^{me} Johannie Laliberté-Gagné, facilitatrice de pratiques, Unité de soutien SSA Québec

Lectrices externes

Cette section présente les lectrices externes d'une version préliminaire du rapport.

M^{me} Véronique Dubé, professeure agrégée, titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

M^{me} Véronique Provencher, professeure agrégée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

Futurs utilisateurs

Cette section présente les futurs utilisateurs consultés lors de l'élaboration du guide de pratique.

D^{re} Marianne De Grâce, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Marie-Pier Gauthier, infirmière clinicienne, Équipe ambulatoire de psychogériatrie, Services gériatriques spécialisés, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r Robert Laforce, neurologue et neuropsychologue, Clinique interdisciplinaire de mémoire (CIME), Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec

M^{me} Karine Ménard, ressource territoriale, Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Dominique Michaud, infirmière clinicienne, Équipe de consultation en gériatrie, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

M^{me} Mélissa Parent, travailleuse sociale, Centre d'hébergement et de soins de longue durée Champlain, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Andrée-Anne Rhéaume, conseillère clinique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Julie Sigouin, infirmière clinicienne, chargée de projet, Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, RUISSS de l'Université de Montréal

M. Yvan St-Hilaire, adjoint à la direction, La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches

M^{me} Marie-Ève Thériault, ergothérapeute, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Jean-de-la-Lande, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Panel des usagers et des proches

Cette section présente les membres du Panel des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale ayant participé à la réalisation du présent document.

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
GLOSSAIRE	X
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1 Question d'évaluation	4
1.2 Synthèse des données issues de la littérature.....	4
1.2.1 Repérage de l'information scientifique	4
1.2.2 Critères d'inclusion	5
1.2.3 Processus de sélection.....	5
1.2.4 Extraction.....	6
1.2.5 Évaluation de la qualité méthodologique.....	6
1.2.6 Analyse et synthèse des données issues de la littérature	6
1.3 Synthèse des données issues des consultations auprès des parties prenantes.....	7
1.3.1 Panel des usagers et des proches	7
1.3.2 Comité consultatif.....	7
1.3.3 Groupe de personnes proches aidantes	8
1.3.4 Informatrices clés	8
1.3.5 Futurs utilisateurs	8
1.3.6 Lecteurs externes	8
1.3.7 Gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	9
2 RÉSULTATS.....	10
2.1 Composantes transversales des soins et des services en contexte de transition	10
2.1.1 Renforcement des compétences professionnelles	10
2.1.2 Approche de partenariat entre la personne usagère, ses personnes proches aidantes et les professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et services	12
2.1.3 Partage des informations entre les différents professionnels et intervenants.....	15
2.2 Pratiques générales pour améliorer les soins et services dans divers contextes de transition	17
2.2.1 Coordination	17
2.2.2 Évaluation et réévaluation périodique	19
2.2.3 Planification des soins et des services.....	20
2.2.4 Suivi de la thérapie médicamenteuse	21
2.3 Pratiques spécifiques au contexte de transition lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier	22

2.4	Pratiques spécifiques au contexte de transition lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie.....	26
2.5	Effets des programmes combinant les pratiques à des fins d'amélioration des soins et services en contexte de transition	28
3	FACILITATEURS À L'IMPLANTATION	30
4	FORCES ET LIMITES	32
	CONCLUSION	33
	RÉFÉRENCES	34
	ANNEXE A.....	45
	Stratégie de repérage des données	45
	ANNEXE B.....	51
	Critères d'inclusion et d'exclusion des publications	51
	ANNEXE C.....	53
	Diagramme de flux des données.....	53
	ANNEXE D.....	54
	Liste des documents inclus	54
	ANNEXE E.....	60
	Qualité méthodologique des publications scientifiques incluses.....	60
	Qualité méthodologique des publications issues de la littérature grise.....	66
	ANNEXE F	67
	Outils soutenant les pratiques	67
	ANNEXE G	70
	Synthèse des pratiques	70
	ANNEXE H.....	71
	Analyses des effets des programmes combinant les pratiques aux fins d'amélioration des soins et services en contexte de transition	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau B-1	Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés lors de la stratégie de recherche initiale.....	51
Tableau B-2	Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés lors de la recherche manuelle complémentaire visant à capter toute littérature pertinente pour le Québec.....	52
Tableau E-1	Études originales qualitatives	60
Tableau E-2	Études originales quantitatives	62
Tableau E-3	Études originales mixtes	63
Tableau E-4	Revue de la littérature	64

LISTE DES FIGURES

Figure C-1	Diagramme de flux.....	53
Figure H-1	Augmentation de la proportion d'utilisateurs ayant au moins une visite de suivi précoce avec un médecin de famille après le congé d'hôpital	71
Figure H-2	Réduction de la proportion d'utilisateurs ayant recouru aux services d'urgence à 30 jours ...	72
Figure H-3	Réduction de la proportion d'utilisateurs avec réadmissions hospitalières à 30 jours	73
Figure H-4	Réduction de la proportion d'utilisateurs avec réadmissions hospitalières à 180 jours	74
Figure H-5	Réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier par utilisateur	74
Figure H-6	Réduction du nombre moyen de réadmissions hospitalières par utilisateur.....	75

RÉSUMÉ

Introduction

Les **troubles neurocognitifs majeurs** (TNCM) sont caractérisés par le déclin des fonctions cognitives, telles que la mémoire, l'orientation, le langage et le jugement. Ils regroupent plusieurs affections hétérogènes qui diffèrent dans leur étiologie, leur évolution et leur traitement. En raison de multiples changements dans leur condition biopsychosociale, les personnes vivant avec un TNCM expérimenteront plusieurs transitions entre des milieux de soins ou de vie. Les transitions sont malheureusement souvent associées à un bris de continuité des soins et services pour l'utilisateur, situation qui l'expose à un risque accru d'événements indésirables pouvant compromettre son autonomie, son intégrité ou même sa vie. Pour assurer la continuité des soins et services en contexte de transition, ainsi qu'améliorer l'expérience des soins et la condition biopsychosociale de l'utilisateur et de ses personnes proches aidantes (PPA), il est essentiel de mettre en place de bonnes pratiques, particulièrement pour les personnes vivant avec un TNCM. Au Québec, plusieurs initiatives dirigées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont en cours pour soutenir l'amélioration de la qualité des soins et des transitions vécues par les personnes vivant avec un TNCM, notamment l'implantation de la phase 3 du Plan ministériel sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (« Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Orientations ministérielles »). Conséquemment, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) s'est vu confier par le MSSS le mandat d'identifier les pratiques cliniques et organisationnelles exemplaires en matière de continuité de soins et de services, en contexte de transition, pour les personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec un TNCM dans la communauté.

Méthodologie

Afin de produire un guide de pratique, une revue de la littérature a d'abord été réalisée. Les articles scientifiques, les normes de qualité, les recommandations d'ordres professionnels de même que les guides de pratique ont été inclus dans cette revue. Les publications devaient cibler les personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec un TNCM dans la communauté, ou encore les personnes ayant des besoins liés à des problèmes de santé chroniques complexes pour lesquelles les transitions de soins représentent aussi un défi. Elles devaient porter sur au moins une transition entre divers milieux, incluant, entre autres, le domicile, les résidences privées pour aînés (RPA), l'urgence, l'hôpital, et les diverses organisations qui offrent des soins et des services de proximité dans la communauté concernant les TNCM. Les informations sur les pratiques favorisant la continuité des soins et des services en contexte de transition ont été extraites et analysées à l'aide du logiciel NVivo. Des thèmes et définitions de pratiques exemplaires en matière de transition ont été recensés, puis précisés par les membres de l'équipe avec la contribution d'un comité consultatif, d'un groupe de PPA et de futurs utilisateurs du guide.

Résultats

La revue de la littérature a permis de répertorier 63 documents : 51 articles scientifiques et 12 documents issus de la littérature grise, publiés entre 2011 et 2023. Parmi ces derniers, 18 sont issus de la littérature québécoise. Les données qui en ont été extraites ainsi que les consultations auprès des membres du comité consultatif, des PPA et des futurs utilisateurs ont mené à l'élaboration du guide de pratique à l'intention des professionnels et intervenants pour améliorer la continuité des soins et des services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et leurs personnes proches aidantes, en contexte de transition. Le guide présente tout d'abord les composantes transversales facilitant les soins et services en contexte de transition, puis les pratiques cliniques visant à améliorer les soins et les services offerts dans le cadre de tout type de transition. Les deux dernières sections du guide portent sur des transitions spécifiques : (i) lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier et (ii) lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie. Les appuis de la littérature aux pratiques exemplaires énoncées dans le guide sont rapportés dans le présent rapport.

a) Composantes transversales des soins et services en contexte de transition

(i) Renforcement des compétences professionnelles – Il convient d'assurer à l'ensemble des professionnels et intervenants offrant des soins et des services l'atteinte d'un niveau adéquat de compétences, pour intervenir efficacement et humainement auprès des personnes vivant avec un TNCM et leurs PPA, et pour savoir collaborer les uns avec les autres. (ii) Approche de partenariat entre l'utilisateur, ses PPA et les professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et services – Il est essentiel de favoriser le partage et la complémentarité des savoirs et d'implanter une approche de prise de décision partagée. Les professionnels et intervenants sont par ailleurs invités à soutenir l'utilisateur et ses proches aidants et à les accompagner dans le développement de compétences relatives à la santé ou à la navigation dans le système de santé, tout en respectant leurs capacités et leur volonté. La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle est aussi nécessaire à une offre de soins et de services intégrée et continue, adaptée aux changements dans l'état de santé de l'utilisateur et dans la composition de l'équipe. (iii) Partage des informations entre les différents professionnels et intervenants – Des mécanismes efficaces de communication et de concertation entre les différents professionnels et intervenants doivent être mis en place pour répondre aux besoins de l'utilisateur et de ses PPA, de façon collaborative et synergique, et pour assurer le succès des transitions.

b) Pratiques générales pour améliorer les soins et services en divers contextes de transition

(i) Coordination – Les soins et services doivent être coordonnés entre les différents professionnels et intervenants et les milieux auxquels ils sont rattachés, une tâche qui doit être soutenue par la désignation d'une personne responsable d'assurer la coordination. (ii) Évaluation et réévaluation périodique – En prévision de la transition, les professionnels et intervenants doivent effectuer une évaluation initiale complète de la

condition biopsychosociale de l'usager et de ses PPA, de même que de leurs objectifs et préférences en matière de soins et de services. Cette évaluation sera répétée périodiquement, après la transition, selon le jugement clinique des professionnels et des équipes de soins. (iii) Planification des soins et des services – Les professionnels et intervenants doivent élaborer collectivement, de concert avec l'usager et ses PPA, un plan de services individualisé. Ce plan doit être écrit et adapté au type de transition vécue ou envisagée, afin d'assurer un changement sécuritaire de milieu de soins ou de vie, en plus de répondre aux besoins émergents de l'usager ou de ses PPA au moment opportun. (iv) Suivi de la thérapie médicamenteuse – Les professionnels et intervenants – le plus souvent des pharmaciens – sont appelés à vérifier la liste des médicaments utilisés par l'usager, lors de son transfert entre les milieux.

c) Pratiques spécifiques au contexte de transition, lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier

En prévision d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation, il est suggéré de constituer une trousse contenant les renseignements personnels et cliniques pertinents de l'usager, afin de faciliter l'accès aux informations pour le personnel soignant. Durant le séjour, plusieurs pratiques sont recommandées, telles que réaliser un bilan comparatif des médicaments, évaluer les conditions pour un retour à domicile réussi, planifier les soins et services post-aigus ainsi que les actions à accomplir en cas de détérioration de la condition de santé de l'usager après le congé. Au moment du congé, il importe de mettre à jour la liste de médicaments, de remplir le sommaire d'hospitalisation et de communiquer les informations aux professionnels et intervenants à l'externe, à l'usager et à ses PPA. L'intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital joue un rôle clé dans l'application de ces pratiques, en collaboration avec la personne désignée pour assurer la coordination des soins et services dans la communauté et les autres professionnels et intervenants concernés. Il est également nécessaire d'ajuster le plan de services, d'évaluer le risque de réadmission et d'assurer un suivi.

d) Pratiques spécifiques au contexte de transition, lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie

Dès qu'un changement de milieu de vie est présagé, la personne désignée pour assurer la coordination, aidée au besoin d'autres professionnels et intervenants concernés, devrait présenter à l'usager et à ses PPA les différentes options, discuter avec eux de leurs besoins, valeurs et préférences, leur offrir de visiter les milieux de vie envisagés et les soutenir dans les démarches d'admission. Une fois le nouveau milieu de vie choisi et l'admissibilité confirmée, les informations pertinentes (p. ex. projet de vie, résumé du dossier médical, liste des médicaments, résultats de la dernière évaluation fonctionnelle, plan de soins et de services à jour) doivent être communiquées au nouveau milieu de vie. Lors de l'intégration de l'usager, les professionnels et intervenants du nouveau milieu doivent favoriser son adaptation, surveiller les signes de délirium et s'assurer que les soins et services offerts s'ajustent à l'évolution de son niveau de fonctionnement et de ses besoins. Ils doivent également intégrer la personne aux activités occupationnelles et

de loisirs, évaluer sa satisfaction et celle de ses PPA et effectuer une réévaluation annuelle de ses capacités fonctionnelles et de ses besoins.

e) Effets des programmes combinant les pratiques aux fins d'amélioration des soins et services en contexte de transition

Les analyses indiquent que les programmes combinant les pratiques exemplaires en contexte de transition, lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour à l'hôpital, peuvent : (i) augmenter la proportion de personnes vivant avec un TNCM qui rencontrent un médecin de famille dans les 14 jours suivant la sortie de l'hôpital; (ii) diminuer la proportion de personnes usagères qui visitent à nouveau l'urgence (dans les 30 jours suivant le congé) ou l'hôpital (dans les 30 jours et 180 jours suivant le congé); (iii) réduire la durée des hospitalisations. Ces résultats témoignent de la pertinence de combiner et mettre en œuvre les pratiques exemplaires, incluant celles relatives à la coordination et à la planification, pour assurer la continuité des soins et des services en contexte de transition.

Conclusion

De plus en plus d'aînés vivent avec un TNCM dans la communauté et sont appelés à collaborer avec plusieurs intervenants et professionnels, rattachés à diverses équipes et organismes, dans le cadre de leur parcours de soins. Des bris de continuité dans les soins et services offerts peuvent fragiliser leur santé. Ce guide vise à soutenir les différents intervenants dans la mise en œuvre de pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services à cette clientèle et à leurs PPA. Il peut être utilisé dans le cadre des démarches d'amélioration continue des établissements et des réseaux locaux de services.

SUMMARY

Best practices for improving the continuity of care and services in transition settings for seniors living with major neurocognitive disorders and their caregivers

Introduction

Major neurocognitive disorders (MNCDs) are characterized by the decline of cognitive functions, such as memory, orientation, language and judgment. They include a number of disparate conditions that differ in their etiology, course of development and treatment. Due to multiple changes in their biopsychosocial condition, people living with MNCDs will undergo a number of transitions between care environments or living environments. Unfortunately, such transitions are often associated with a breakdown in care and services continuity for clients, a situation that increases the risk of adverse events with the potential to compromise their autonomy and integrity or even their lives. It is essential to implement good practices in order to provide adequate continuity of care and services in transition settings and improve the care experience and biopsychosocial condition of clients, especially for people living with MNCDs, and their caregivers. In Quebec, several initiatives led by the Ministère de la Santé et des Services (MSSS) are under way to further enhance the quality of the care and transitions experienced by people living with MNCDs, including implementation of Phase 3 of the departmental plan and policy directions on Alzheimer's disease and other major neurocognitive disorders (*Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Orientations ministérielles*). The Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) was therefore mandated by the MSSS to identify best clinical and organizational practices for care and services continuity in transition settings for community-dwelling people aged 65 and over living with MNCDs.

Methodology

The first step consisted of carrying out a literature review to produce a practice guide. Scientific articles, quality standards, professional body recommendations and practice guidelines were included in this review. The publications reviewed had to target community-dwelling people aged 65 years and older living with MNCDs, or people with complex chronic health needs for whom care transitions were also a challenge. These publications had to cover at least one transition between various settings, including, but not limited to, clients' homes, private seniors' residences (PSRs), emergency departments, hospitals, and the various organizations providing outreach care and services in the community for MNCDs. Information on practices that promote continuity of care and services in transition settings was extracted and analyzed using NVivo software. Transition-related topics and best practices definitions were identified and then clarified by team members with input from an advisory committee, a group of caregivers and future users of the guide.

Results

The literature review identified 63 documents; these included 51 scientific articles and 12 grey literature papers published between 2011 and 2023. Eighteen of these documents came from the Quebec literature. The data extracted and the information gleaned from consultations with the advisory committee, caregivers and future users were used to develop a practice guide for professionals and stakeholders aimed at improving care and services continuity in transition settings for seniors living with major neurocognitive disorders and their caregivers. The guide first presents the cross-cutting components that facilitate care and services in transition settings; this is followed by clinical practices designed to enhance all types of care and services in transition settings. The last two sections of the guide focus on specific transitions: (i) visits to the emergency department or hospital stays and (ii) the settling-in period for clients in a new living environment. This report describes the support found in the literature for the best practices presented in the guide.

a) Cross-cutting care and services components

(i) Bolstering professional skills – Steps need to be taken to ensure that health care providers achieve an adequate level of skills to work effectively and humanely with people living with MNCDs and their caregivers and to collaborate with one another. (ii) A partnership approach between users, their caregivers and the professionals and workers who provide them with care and services – It is vital to foster knowledge-sharing and complementarity and to implement a shared decision-making approach. Professionals and workers are also encouraged to support users and their caregivers and to help them learn health-related skills and how to navigate the health care system, while also taking their abilities and wishes into account. Interprofessional/interorganizational collaboration is also required to provide integrated and continuous care and services reflecting changes in clients' health status and in the team make-up. (iii) Information-sharing among various professionals and workers – Effective mechanisms to facilitate communication and consultation among the various professionals and workers must be collaboratively and synergistically implemented in order to address the needs of clients and their caregivers and to ensure successful transitions.

b) General practices for improving care and services in various transition settings

(i) Coordination – The services must be coordinated between the various professionals and workers with the settings in which they function – a task that requires the support of a person designated to perform this role. (ii) Assessment and periodic reassessment – In preparation for the transition, professionals and workers must conduct a comprehensive initial assessment of the biopsychosocial condition of clients and their caregivers, together with their goals and care and services preferences. After the transition, this assessment will be repeated periodically as judged clinically necessary by the professionals and care teams. (iii) Care and services planning – Professionals and workers must jointly develop an individualized service plan with clients and their caregivers. This plan must be written for, and adapted to, the type of transition that is

being experienced or considered. This will help ensure that clients safely transition to the new care or living environment and that the emerging needs of clients and caregivers can be met in a timely manner. (iv) Drug therapy follow-up – Professionals and workers – most often pharmacists – are asked to check the list of medications used by clients when they are transferred from one setting to another.

c) Transition-specific practices for emergency department visits or hospital stays

In preparation for an emergency department visit or hospitalization, it is advisable to put together a kit containing the client's personal and relevant clinical information; this will make it easier for care staff to access information. A number of practices are recommended during the hospital stay. These include carrying out a medication reconciliation; assessing the conditions for clients to successfully return to their homes; planning post-acute care and services and any actions required if a client's health deteriorates after discharge. When clients are discharged, it is important to update their medication lists, complete the hospitalization summary and send this information to outside professionals and workers, the clients themselves and their caregivers. Emergency department or hospital liaison workers play a key role in implementing these practices. They do this in collaboration with the individual designated to coordinate community care and services, and with other professionals and workers involved. It is also necessary to adjust the service plan, assess the risk of readmission and ensure follow-up.

d) Transition-specific practices for clients settling into a new living environment

As soon as a different living environment is anticipated, the designated coordinator, together with any required help from other professionals and workers, should: (1) present the various options to the client and the client's caregivers; (2) discuss their needs, values and preferences; (3) give them the opportunity to visit the living environments under consideration; (4) and support them in the admissions process. Once the new living environment has been selected and the client's eligibility has been confirmed, all relevant information must be communicated to this facility, including the life plan, summary medical history, medication list, most recent functional assessment results and an up-to-date care and service plan. During the settling-in period, the professionals and workers in the new environment must help clients adapt, monitor for signs of delirium and ensure that the care and services provided reflect changes in the client's functioning level and needs. They must also help clients join in occupational and recreational activities, assess both the clients and caregivers' satisfaction levels, and conduct an annual reassessment of their functional abilities and needs.

(e) Effects of programs that combine care and services improvement practices in transition settings

Analyses indicate that programs that combine best practices in transition settings, during an emergency department visit or hospital stay, may (i) lead to an increase in the number of people living with MNCDs who consult a family physician within 14 days of hospital discharge; (ii) decrease the number of clients who return to the emergency department (within 30 days of discharge) or hospital (within 30 days and 180 days of discharge); and (iii) reduce the length of hospital stays. These results demonstrate the relevance of combining and implementing best practices, including coordination and planning practices, to ensure the continuity of care and services in transition settings.

Conclusion

As part of their care pathway, more and more seniors with MNCDs are living in the community and are required to collaborate with a number of workers and professionals associated with various teams and organizations. Disruptions in care and services continuity can be detrimental to their health. The purpose of this guide is to support the various workers in implementing best practices aimed at improving care and services continuity for this client group and their caregivers. It can be used in the context of continuous improvement initiatives for institutions and local service networks.

SIGLES ET ACRONYMES

BCM	Bilan comparatif des médicaments
CHLSD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CI(U)SSS	Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DM	Différence de moyennes
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe universitaire de médecine de famille
IC à 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
IPA	Infirmier de pratique avancée
IPS	Infirmier praticien spécialisé
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MHLD	Milieu d'hébergement de longue durée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PPA	Personne proche aidante
PSI	Plan de services individualisé
RC	Rapport de cotes
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SPCD	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
TIC	Technologies de l'information et des communications
TNC	Trouble neurocognitif
TNCm	Trouble neurocognitif mineur
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

GLOSSAIRE

Collaboration interprofessionnelle

Le mot « interprofessionnel » comprend le préfixe *inter*, lequel fait référence à l'idée qu'une cotransformation de soi et de l'autre s'opère lors de contacts soutenus. La collaboration interprofessionnelle va donc au-delà de la coordination; elle implique une cotransformation des professionnels qui coordonnent leurs actions de manière systématique pour répondre à la globalité des besoins d'un usager. Elle pousse les professionnels et intervenants à mieux considérer la complexité des phénomènes cliniques et l'interdisciplinarité des besoins, conférant également un caractère interdépendant aux interventions envisagées par l'équipe [Couturier et Belzile, 2018].

Collaboration interorganisationnelle

La collaboration interorganisationnelle désigne le processus par lequel deux ou plusieurs organisations unissent leurs actions et ressources pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs communs [Bazinet *et al.*, 2021; Graham et Barter, 2018].

Milieu d'hébergement de longue durée (MHLD)

Le terme « milieu d'hébergement de longue durée » (MHLD) inclut des ressources institutionnelles, principalement les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) ainsi que les maisons des aînés et les maisons alternatives [MSSS, 2021].

Partenariat entre l'usager, ses personnes proches aidantes et les professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et services

L'approche de partenariat repose sur une relation entre l'usager, ses personnes proches aidantes (PPA) et les acteurs du système de santé et de services sociaux [MSSS, 2018], qui mise sur le partage et la complémentarité des savoirs respectifs ainsi que sur la façon de travailler entre partenaires. Précisément, la relation favorise le développement d'un lien de confiance, la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, incluant le savoir expérientiel de l'usager et de ses PPA. La mise en commun de ces savoirs permet de développer une compréhension partagée d'une situation ou d'une problématique, et conduit les partenaires – l'usager, ses PPA et les intervenants ou autres acteurs – à définir ensemble les actions et les moyens à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la dyade aidé/aidants.

Personnes proches aidantes

Selon la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (RLRQ, chapitre R-1.1), une personne proche aidante se définit comme une personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non.

Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie.

Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. Il peut également avoir des répercussions financières pour la personne proche aidante ou limiter sa capacité à prendre soin de sa propre santé physique et mentale ou à assumer ses autres responsabilités sociales et familiales.

Professionnels et intervenants

Il s'agit de toute personne dispensant des soins et des services aux personnes vivant avec un TNCM dans un contexte professionnel. Il peut s'agir autant de médecins de famille ou de médecins spécialistes que de personnel infirmier (p. ex. infirmiers cliniciens, infirmiers praticiens spécialisés en soins de première ligne, infirmiers en pratique avancée en gériatrie à l'urgence, infirmiers auxiliaires), de pharmaciens, de travailleurs sociaux, de professionnels de la réadaptation (ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, nutritionnistes), d'intervenants communautaires, de psychoéducateurs, d'ambulanciers paramédicaux ou de préposés aux bénéficiaires.

Soins et services en contexte de transition

Les transitions désignent classiquement (i) un déplacement physique de la personne usagère intra ou inter établissement, (ii) un transfert ou un partage de responsabilités entre les professionnels et intervenants (p. ex. changement d'infirmier à l'hôpital) ou (iii) un changement du niveau d'aide requise en fonction de l'évolution des besoins en soins et en services de la personne usagère ou de ses PPA, sans égard au milieu de vie (p. ex. ajout de services offerts par un organisme communautaire) [Hall *et al.*, 2020; Coleman *et al.*, 2006; Coleman et Berenson, 2004]. Les soins et les services en contexte de transition correspondent à un ensemble d'actions accomplies pour assurer la continuité des soins et des services lors des transitions (définition adaptée de Coleman *et al.* [2003]).

Troubles neurocognitifs majeurs

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) sont caractérisés par le déclin des fonctions cognitives, telles que la mémoire, l'orientation, le langage et le jugement. Ils regroupent plusieurs affections, qui diffèrent dans leur étiologie, leur évolution et leur traitement [APA, 2015]. La maladie d'Alzheimer représente de 60 % à 80 % de l'ensemble des diagnostics de TNCM. Les autres principales causes de ce trouble sont le trouble neurocognitif (TNC) d'origine vasculaire, le TNC frontotemporal, la maladie à corps de Lewy, ainsi que le TNC dû à la maladie de Parkinson [APA, 2015]. Les TNC progressent lentement et se situent sur un continuum.

INTRODUCTION

Problématique

Les troubles neurocognitifs (TNC) regroupent plusieurs maladies dont le marqueur clinique initial est un déclin graduel d'une ou de plusieurs fonctions cognitives, par rapport au niveau de fonctionnement antérieur de la personne [APA, 2015]. Les TNC sont caractérisés par le déclin d'une ou plusieurs fonctions cognitives, telles que la mémoire, l'orientation, le langage et le jugement. Ils regroupent plusieurs affections, qui diffèrent dans leur étiologie, leur évolution et leur traitement.

Les TNC peuvent évoluer du trouble neurocognitif mineur (TNCm) au trouble neurocognitif majeur (TNCM) (antérieurement appelé « démence »). La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de TNCM, constituant de 60 % à 80 % de tous les diagnostics [APA, 2015; Prince *et al.*, 2013]. Les autres principales étiologies de ce trouble sont le TNC d'origine vasculaire, le TNC frontotemporal, la maladie à corps de Lewy ainsi que le TNC dû à la maladie de Parkinson [APA, 2015].

Les personnes vivant avec un TNCM présentent des besoins en soins de santé et en services sociaux qui sont complexes et évolutifs [Long *et al.*, 2017; Zullig *et al.*, 2016; Coleman *et al.*, 2005; 2003]. Les déficits cognitifs associés au TNCM affectent significativement le fonctionnement et l'autonomie de la personne [WHO, 2012; Valcour *et al.*, 2000]. La personne présentant un TNCM requiert un soutien constant et croissant pour satisfaire ses besoins quotidiens, au point où elle doit finalement recevoir de l'aide pour répondre à ses besoins de base [APA, 2015].

Incidence et prévalence des TNCM

Au cours de l'année 2021, 20 500 personnes ont nouvellement reçu un diagnostic de TNCM parmi la population des 65 ans et plus vivant dans la communauté au Québec, ce qui correspond à un taux d'incidence de 1,3 %. Ce sont donc maintenant près de 92 000 personnes de 65 ans et plus qui vivent avec un diagnostic de TNCM, soit une prévalence de 5,5 % [INESSS, 2023b]. À l'échelle mondiale, le nombre de personnes vivant avec un TNCM est en hausse constante, en raison notamment du vieillissement de la population et de la croissance démographique [Nichols *et al.*, 2022; WHO, 2012]. On prévoit qu'en 2030 près de 250 000 Québécois pourraient vivre avec un TNCM [MSSS, 2022a].

Soins et services en contexte de transition

Une transition désigne classiquement un déplacement physique de la personne usagère intra ou inter établissement, un transfert ou un partage de responsabilités entre les professionnels et intervenants (p. ex. changement d'infirmier à l'hôpital), ou encore un changement du niveau d'aide requise en fonction de l'évolution des besoins en soins et en services de l'utilisateur ou de ses PPA, sans égard au milieu de vie (p. ex. ajout de services offerts par un organisme communautaire). Les soins et les services en contexte de transition correspondent à un ensemble d'actions mises en œuvre pour assurer la

continuité des soins et des services lors des transitions (définition adaptée de Coleman *et al.* [2003]). Plusieurs auteurs utilisent maintenant le terme « soins et services en contexte de transition » (*care transitions*) de façon interchangeable avec celui de « soins de transition » (*transitional care*) [Naylor et Keating, 2008; Coleman et Berenson, 2004].

Professionnels et intervenants offrant des soins et services en contexte de transition

Pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs PPA, les soins et services en contexte de transition sont offerts par une diversité de professionnels et d'intervenants [MSSS, 2022a; Arsenault-Lapierre *et al.*, 2020; Arbaje *et al.*, 2014; HQO, 2013; Tomura *et al.*, 2011]. Ces derniers peuvent œuvrer : dans un groupe de médecine de famille (GMF) ou en clinique médicale, dans une pharmacie communautaire, dans une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉ SAD) ou un organisme communautaire (p. ex. Les Sociétés Alzheimer, L'Appui), dans un centre hospitalier, un centre local de services communautaires (CLSC) ou un milieu d'hébergement, incluant une maison des aînés, un centre d'hébergement et de soins de longue durée public (CHSLD), privé ou privé conventionné, une résidence intermédiaire ou de type familial (RI-RTF) ou une résidence privée pour aînés (RPA). Les professionnels et intervenants des services spécialisés au sein d'équipes ambulatoires de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD), ou de cliniques de mémoire, dispensent également des services à cette clientèle et doivent aussi contribuer à la continuité des soins et des services.

Défis vécus durant les soins et les services en contexte de transition chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur

Comparativement à la population en général, les personnes vivant avec un TNCM ont davantage recours aux ressources et services du système de santé [Hirschman et Hodgson, 2018; Bunn *et al.*, 2017]. En effet, elles utilisent jusqu'à trois fois plus les services hospitaliers (hôpital ou urgence) que celles n'ayant pas reçu ce diagnostic. Cette proportion est demeurée constante de 2000 à 2019 [INSPQ, 2023]. Les personnes vivant avec un TNCM font également de plus longs séjours à l'hôpital ainsi qu'un plus grand nombre de retours aux urgences et de réadmissions après une première hospitalisation que la population des aînés en général [Kim, 2020; Fogg *et al.*, 2019; Sakata *et al.*, 2018; Bunn *et al.*, 2017; Ray *et al.*, 2015]. En 2021, 15 % des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été suivies d'une réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant le congé.

Les personnes vivant avec un TNCM cumulent un nombre élevé de transitions par année [MSSS, 2022a; Hirschman et Hodgson, 2018; Daiello *et al.*, 2014; Aaltonen *et al.*, 2012; Coleman *et al.*, 2003]. Ces transitions sont malheureusement souvent associées à un bris de continuité des soins et services pour l'usager. Notamment, certaines transitions exposent la personne à des délais d'attente avant la prise en charge et à des

événements indésirables évitables (p. ex. erreurs de médication ou de diagnostic, chutes, infections postopératoires) [Coleman *et al.*, 2006; Coleman et Berenson, 2004], constituant des menaces réelles à son autonomie et à sa vie [Pauly *et al.*, 2018; Le Berre *et al.*, 2017; Bogaisky et Dezieck, 2015; Allen *et al.*, 2014; Greysen *et al.*, 2014; Laugaland *et al.*, 2012; Kahn et Angus, 2011; Coleman, 2003].

Le recours à des pratiques fondées sur des données probantes en matière de soins et de services en contexte de transition est essentiel pour améliorer l'expérience et les résultats en matière de santé [Parker *et al.*, 2020; Dusek *et al.*, 2015]. L'implantation de pratiques exemplaires, telles que la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle, la planification des soins post-congé (lors d'une hospitalisation, par exemple), ou encore la réalisation du bilan comparatif des médicaments, constitue d'ailleurs une norme de qualité des soins et des services au Canada [Agréement Canada, 2013].

Contexte de la demande

L'INESSS a été mandaté pour élaborer un guide de pratique qui s'inscrit en concordance avec la phase 3 du Plan ministériel sur la maladie d'Alzheimer et autres TNCM (« Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Orientations ministérielles ») [MSSS, 2022a]. Le présent guide vise donc à documenter les pratiques exemplaires pour assurer la continuité des soins et des services offerts aux aînés vivant avec un TNCM et à leurs PPA. Il pourra notamment être utilisé lors des démarches d'amélioration continue des pratiques, réalisées par les intervenants, professionnels et gestionnaires des divers organismes offrant des soins et des services à cette clientèle, telles que les ateliers de pratique réflexive du programme CoMPAS +. Ayant pour objectif de faciliter les transitions de soins et de services, ce guide se veut complémentaire à divers outils cliniques d'intervention auprès de personnes vivant avec un TNCM, notamment ceux visant le repérage et le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres TNC ou le processus clinique interdisciplinaire de suivi.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Question d'évaluation

Une question d'évaluation a été retenue pour déterminer les bonnes pratiques à inclure dans le guide. Elle a été formulée avec la collaboration de PPA, d'intervenants, de professionnels, de gestionnaires et de chercheurs.

- Quelles sont les pratiques à recommander au Québec concernant les soins et services offerts en contexte de transition aux aînés vivant avec un TNCM dans la communauté et leurs PPA?

1.2 Synthèse des données issues de la littérature

Une revue rapide des données issues de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée selon les normes en vigueur à l'INESSS [2023a].

1.2.1 Repérage de l'information scientifique

Avec la collaboration d'une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS, des stratégies de repérage des données ont été spécifiquement élaborées pour sonder MEDLINE, Embase, PsycINFO, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database) et CINAHL Complete ([Annexe A](#)). Les références bibliographiques des publications retenues ont également été vérifiées par les membres de l'équipe de projet, afin de répertorier d'autres documents potentiellement pertinents. Parallèlement, une recherche manuelle de documents issus de la littérature grise a été réalisée par un membre de l'équipe. Des sites Internet, comme TRIP Database (<https://www.tripdatabase.com/>), ont été consultés ainsi que divers sites Internet d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, de sociétés savantes et d'agences d'évaluation des technologies de la santé ([Annexe A](#)). Afin de capter toute littérature scientifique pertinente pour le Québec, une recherche complémentaire dans le corpus initial de la littérature scientifique a été effectuée, pour inclure les articles sur les personnes âgées fragiles, vulnérables ou en perte d'autonomie. Une recherche manuelle dans la littérature grise québécoise a aussi été réalisée en juin 2023 via Google Scholar. Les documents étaient sélectionnés s'ils répondaient aux critères d'inclusion pour la population cible, ou s'ils abordaient la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle, la coordination des soins et services ou le partenariat avec les usagers et les PPA au Québec (voir [tableau B-2](#), Annexe B). Lorsque cela était pertinent, d'autres documents ont aussi été retenus à partir de la méthode « boule de neige ».

1.2.2 Critères d'inclusion

Les publications incluses devaient porter sur les soins et services offerts aux personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec un TNCM (ou ayant des besoins complexes), en contexte de transition. Les acteurs et milieux concernés incluaient le domicile, les RPA, les GMF, les CLSC et leur mission SAD, les pharmacies communautaires, les organismes communautaires, les EÉSAD ainsi que les cliniques de mémoire, les équipes ambulatoires de gestion et de prévention des SCPD, l'urgence, l'hôpital, les MHL¹. Les publications portant sur le déplacement des personnes usagères depuis ou vers les services hospitaliers psychiatriques et les soins palliatifs ont été exclues, en raison des spécificités organisationnelles de ces derniers. Pour les études scientifiques, tous les devis de recherche ont été considérés. Les articles devaient toutefois avoir été rédigés en français ou en anglais, en plus d'avoir été publiés entre janvier 2011 et 2022, pour tenir compte des changements engendrés par le déploiement du Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs [Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, 2009] (voir [tableau B-1](#), Annexe B).

1.2.3 Processus de sélection

Une première sélection (10 % des documents répertoriés) a été réalisée à l'aveugle par deux membres de l'équipe. Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus. L'accord interjuges étant satisfaisant, un seul professionnel a poursuivi la sélection, d'abord à la lecture des titres et des résumés, puis à la lecture de l'intégralité des documents. La liste des publications incluses a été contrevérifiée par un autre membre de l'équipe de projet à des fins de validation. La sélection des documents issus de la littérature grise a été faite par un professionnel scientifique, puis le choix des documents à inclure a été validé par un deuxième professionnel. Le diagramme de flux est présenté à l'[annexe C](#). Au total, 51 articles scientifiques – incluant deux avis d'experts portant sur les transitions au Québec (articles rédigés par Réjean Hébert [2022] et par Geneviève-Arsenault-Lapierre et ses collaborateurs [2020]) – et 12 documents provenant de la littérature grise – incluant deux livres portant respectivement sur la collaboration interprofessionnelle [Couturier et Belzile, 2018] et l'intégration des services en santé [Couturier *et al.*, 2016] – ont été sélectionnés ([Annexe D](#)). Parmi l'ensemble des documents inclus, 17 (27 %) ont été publiés depuis 2020 et 18 (29 %) proviennent de la littérature québécoise. La qualité méthodologique des documents est présentée à l'[annexe E](#).

¹ Le terme MHL inclut des ressources institutionnelles, principalement les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) ainsi que les maisons des aînés et les maisons alternatives [Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2021].

1.2.4 Extraction

Les informations concernant les pratiques contribuant à assurer la continuité des soins et des services en contexte de transition ont été extraites par différents professionnels de l'équipe de projet, à l'aide du logiciel NVivo. Ces données incluaient : les objectifs, le devis, la population à l'étude, les milieux de soins ou de vie touchés par la transition étudiée, les professionnels et équipes concernés par les soins et services donnés dans ce contexte ainsi que les barrières et facilitateurs aux pratiques identifiées.

1.2.5 Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité des publications retenues a été réalisée par un seul réviseur à partir d'outils reconnus par l'INESSS :

- la liste de vérification CASP, pour évaluer la qualité des études originales qualitatives [Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2018];
- l'outil d'évaluation critique de l'Agence de la santé publique du Canada, pour évaluer la qualité des études originales quantitatives [Moralejo *et al.*, 2017];
- l'outil MMAT, pour l'évaluation de la qualité des études mixtes [Hong *et al.*, 2018];
- l'outil AMSTAR-2, pour évaluer la qualité des revues de la littérature [Shea *et al.*, 2017];
- l'échelle d'évaluation AGREE II, pour évaluer la qualité des rapports et guides de pratique issus de la littérature grise [Brouwers *et al.*, 2010].

1.2.6 Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Les données issues de la littérature ont été analysées afin de relever des pratiques exemplaires en matière de transition. Des thèmes et des définitions ont été recensés et précisés par les membres de l'équipe de projet, selon un processus itératif.

Une méta-analyse d'un résultat d'intérêt a été réalisée lorsqu'au moins deux études comparatives (essais contrôlés randomisés, essais contrôlés non randomisés, études de séries temporelles interrompues ou études comparatives avant/après) en évaluaient les retombées. Les mesures d'association agrégées (rapports de cotes et différences de moyennes) ont été estimées à l'aide du logiciel RevMan. Lorsque la mesure de la variable était dichotomique, les résultats ont été agrégés en ayant recours à la méthode Mantel-Haenzel. Lorsque la mesure était continue, la méta-analyse a été réalisée par la méthode de la variance inverse [Deeks *et al.*, 2022]. Tous les modèles ont utilisé des effets aléatoires, comme il est suggéré en contexte d'évaluation de programme [DerSimonian et Laird, 1986]. Comme recommandé [Deeks *et al.*, 2022], la statistique I^2 a servi à quantifier l'hétérogénéité statistique. Les auteurs ont été contactés pour fournir les données manquantes, le cas échéant.

1.3 Synthèse des données issues des consultations auprès des parties prenantes

Les pratiques exemplaires identifiées par la synthèse des données issues de la littérature et leurs modalités de mise en œuvre ont été revues et bonifiées par différentes parties prenantes, soit : le panel des usagers et des proches, les membres du comité consultatif accompagnant l'équipe de projet, des PPA participant à un groupe de discussion, des informatrices clés et des personnes consultées à titre de futurs utilisateurs du guide.

1.3.1 Panel des usagers et des proches

Une rencontre a eu lieu en mai 2022 avec le Panel des usagers et des proches. Des résultats préliminaires ont alors été présentés, et les membres du panel ont pu commenter la place accordée aux usagers et aux proches et suggérer des moyens d'optimiser leur contribution. Ils ont également été invités à soulever des enjeux de transition jusque-là non identifiés par le projet. Leurs suggestions ont été considérées lors de la rédaction du guide.

1.3.2 Comité consultatif

Un comité consultatif d'experts a accompagné l'équipe de projet à toutes les étapes. Ce comité était formé de PPA, de représentants d'organismes communautaires, de professionnels et d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS), de gestionnaires et de professionnels travaillant au déploiement du Plan ministériel sur les TNCM ainsi que de cliniciens-chercheurs dans le domaine des TNCM ou celui de la collaboration interprofessionnelle.

Les membres du comité ont été rencontrés en grand groupe à quatre reprises. À chaque rencontre, une version mise à jour des pratiques exemplaires leur a été présentée. Les commentaires recueillis ont permis de revoir le contenu et la formulation des pratiques exemplaires identifiées, afin d'en accroître la pertinence et d'en favoriser l'implantation dans le RSSS. En novembre 2023, les membres du comité ont eu une dernière occasion de commenter par écrit une version préliminaire du guide.

Par ailleurs, plusieurs membres ont été rencontrés individuellement, selon leur expertise, pour approfondir certains éléments de contenu, notamment en ce qui a trait à la coordination des services, et pour rendre plus opérationnelles les pratiques retenues. Sur ce dernier point, les membres consultés ont proposé différents outils à inclure dans le guide. Ceux qui étaient directement en lien avec les pratiques identifiées, qui étaient exempts d'intérêts financiers et qui pouvaient s'appliquer dans l'ensemble des réseaux locaux de santé et de services sociaux du Québec ont été intégrés dans le guide ([Annexe F](#)).

1.3.3 Groupe de personnes proches aidantes

Une discussion a eu lieu avec cinq PPA accompagnant des personnes vivant avec un TNCM, afin de recueillir leurs savoirs expérientiels en matière de transition. Les thèmes suivants ont été abordés avec eux : le partenariat avec l'usager et les PPA, le consentement éclairé et le partage des informations personnelles, les expériences et les perceptions concernant l'accompagnement reçu, lors des transitions, de différents professionnels et intervenants (la personne désignée pour assurer la coordination, l'équipe ambulatoire de gestion des SCPD, le pharmacien et l'intervenant de liaison de l'hôpital). Les PPA ont été invitées à faire part de leurs besoins et à se prononcer sur la pertinence et l'applicabilité des pratiques exemplaires proposées.

1.3.4 Informatrices clés

Deux informatrices clés, soit une clinicienne et experte en intégration des services et une facilitatrice de pratique impliquée dans le projet CoMPAS + TNCM, ont été rencontrées individuellement pour approfondir certains éléments liés à la mise en œuvre des pratiques exemplaires identifiées, notamment celles portant sur la coordination des services dans le contexte québécois.

1.3.5 Futurs utilisateurs

Aux dernières étapes du projet, différents professionnels et intervenants (médecins de famille, pharmaciens communautaires, neurologues, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, gestionnaires, etc.) œuvrant dans divers milieux de pratique (GMF, CLSC, organisme communautaire, clinique de mémoire, équipe ambulatoire SCPD, CHSLD), à travers différentes régions du Québec, ont été sollicités à titre de futurs utilisateurs du guide de pratique. Onze répondants ont rempli un questionnaire d'appréciation évaluant l'aspect visuel du guide ainsi que la pertinence, la clarté et l'applicabilité des pratiques exemplaires identifiées. Les futurs utilisateurs étaient également invités à fournir des suggestions d'amélioration. Les évaluations et commentaires ont été considérés durant la préparation de la version finale du guide.

1.3.6 Lecteurs externes

Des chercheurs universitaires ont été sollicités à titre de lecteurs externes pour valider la qualité scientifique d'une version préliminaire de ce rapport. Leurs commentaires ont mené à l'élaboration du guide de pratique auquel ce rapport est associé.

1.3.7 Gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes qui ont collaboré à ces travaux ont été invitées à déclarer les intérêts personnels et professionnels qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils fussent commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. De plus, elles ont eu à déclarer les activités professionnelles ou les rôles pouvant les mettre dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Leurs déclarations ont été obtenues par l'entremise du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les informations ont fait l'objet d'une évaluation par des membres du personnel de l'INESSS, ce qui a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. De façon générale, les conflits d'intérêts et de rôles ont été divulgués lors des rencontres et gérés en proportion de leur influence sur le projet. Ils sont rendus publics dans les pages liminaires du présent document, par souci de transparence.

2 RÉSULTATS

Cette section présente la littérature scientifique qui soutient les pratiques exemplaires qui devraient être adoptées par les professionnels et intervenants pour assurer la continuité des soins et services offerts aux personnes vivant avec un TNCM et à leurs PPA.

L'organisation de la section suit l'ordre de présentation des pratiques dans le [guide associé](#). Un résumé du guide se retrouve à l'[annexe G](#).

La littérature concernant les composantes transversales facilitant les soins et services en contexte de transition est présentée dans un premier temps. Par la suite, les résultats portent sur les pratiques cliniques visant à améliorer les soins et les services offerts i) dans le cadre de tout type de transition, ii) lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier et iii) lors de l'intégration de l'usager dans un nouveau milieu de vie. Finalement, les effets de programmes ayant combiné des pratiques afin d'améliorer les soins et services en contexte de transition sont détaillés.

2.1 Composantes transversales des soins et des services en contexte de transition

Trois composantes interdépendantes et essentielles pour guider les bonnes pratiques en termes de soins et de services en contexte de transition offerts aux aînés vivant avec un TNCM dans la communauté sont abordées dans les sous-sections suivantes : le renforcement des compétences professionnelles ([section 2.1.1](#)); l'approche de partenariat entre la personne usagère, ses personnes proches aidantes et les professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et services ([section 2.1.2](#)); le partage des informations entre les différents professionnels et intervenants concernés ([section 2.1.3](#)).

2.1.1 Renforcement des compétences professionnelles

Des acteurs de disciplines et d'organisations diverses jouent un rôle dans les transitions des aînés vivant avec un TNCM. Toutes ces personnes devraient être formées [Nurjono *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Mockford *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014], une idée aussi avancée par le National Institute for Health and Care Research [Sanatinia *et al.*, 2020] et l'Organisation mondiale de la santé [WHO, 2016]. Plus particulièrement, une formation adéquate devrait viser l'atteinte des objectifs d'apprentissage suivants :

Sur le plan des savoirs

- Comprendre les déficits cognitifs (incluant les TNCM) et leur évolution, connaître les comorbidités fréquentes de même que leur prise en charge [MSSS, 2022a; 2021; Sanatinia *et al.*, 2020; Hirschman et Hodgson, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Deeks *et al.*, 2016; Naylor *et al.*, 2014; Bradway *et al.*, 2012; Bauer *et al.*, 2011]

Sur le plan des savoir-faire

- Appliquer les pratiques exemplaires visant à améliorer les soins et les services en contexte de transition (p. ex. partenariat avec la personne usagère et ses PPA, soutien et accompagnement dans le développement de compétences liées à la santé, évaluation et réévaluation périodique des besoins biopsychosociaux de l'usager et des PPA, coordination, planification des soins et des services, suivi de la thérapie médicamenteuse) [Hirschman et Hodgson, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Deeks *et al.*, 2016; Pomey *et al.*, 2015; Bauer *et al.*, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2011]. Ces pratiques exemplaires sont présentées aux sections 2.2.2 à 2.4
- Communiquer de façon à favoriser la compréhension des informations essentielles [Dolu *et al.*, 2021; Sawan *et al.*, 2021; Parker *et al.*, 2020; Pritchard *et al.*, 2020; Nurjono *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Baldonado *et al.*, 2017; Villars *et al.*, 2013; Bauer *et al.*, 2011] :
 - l'utilisation de stratégies de communication peut faciliter la participation aux échanges de la personne vivant avec un TNCM. Les professionnels et intervenants peuvent notamment segmenter les informations à transmettre pour le faire en plusieurs occasions [Manias *et al.*, 2019], ou encore répéter une même information à de multiples reprises [Pritchard *et al.*, 2020]. Idéalement, les informations sur la transition devraient être communiquées au moins un jour avant le transfert vers un autre milieu [Dolu *et al.*, 2021; Arbaje *et al.*, 2014; Fitzgerald *et al.*, 2011]. Des suggestions spécifiques au mode de transmission des informations ont aussi été relevées dans la littérature, comme de les communiquer à la fois verbalement et par écrit [Dolu *et al.*, 2021; Pritchard *et al.*, 2020; Manias *et al.*, 2019; WHO, 2016; Kable *et al.*, 2015; Arbaje *et al.*, 2014; Bradway *et al.*, 2012]. En ce qui concerne la communication orale, certains auteurs privilégient le face à face plutôt que la communication téléphonique [Pritchard *et al.*, 2020]. Quant à l'écrit, la littérature suggère de remettre à l'usager des documents d'information standardisés [Jeffs *et al.*, 2017], de présenter une même information sous différentes formes (p. ex. sous forme de texte ou de diagramme) [Pritchard *et al.*, 2020], ou encore de considérer l'utilisation de pictogrammes [Sheikh *et al.*, 2018]. Enfin, pour s'assurer de la compréhension de l'information transmise, il peut être pertinent de demander à l'usager (dans la mesure de ses capacités) de la répéter dans ses mots et de la rectifier, le cas échéant [Gettel *et al.*, 2021; Manias *et al.*, 2019; Nurjono *et al.*, 2019; Jeffs *et al.*, 2017].

Sur le plan des savoir-être

- Partager avec les autres professionnels et intervenants une vision de ce qui définit une transition réussie et mobiliser l'équipe pour l'atteinte d'objectifs communs [Arbaje *et al.*, 2014]

- Être capable d'écoute et de compassion envers l'utilisateur ou les PPA [Ashbourne *et al.*, 2021], ce qui a aussi été soulevé par le National Institute for Health and Care Research [Sanatinia *et al.*, 2020]

2.1.2 Approche de partenariat entre la personne usagère, ses personnes proches aidantes et les professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et services

Partenariat avec la personne usagère et ses PPA

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de mettre l'utilisateur et ses PPA, si présents, au cœur des décisions pour favoriser le partage et la complémentarité des savoirs [Ashbourne *et al.*, 2021; Hirschman et Hodgson, 2018] et, notamment, d'implanter une approche de prise de décision partagée [Manias *et al.*, 2019]. Pour plusieurs auteurs, la participation de l'utilisateur au processus de transition doit être systématique et avoir cours à différentes étapes de ce dernier [MSSS, 2022a; Arsenault-Lapierre *et al.*, 2020; Sanatinia *et al.*, 2020; Manias *et al.*, 2019; NICE, 2018; WHO, 2016; Afram *et al.*, 2015; Pomey *et al.*, 2015; Arbaje *et al.*, 2014; HQO, 2013], tout en respectant le niveau d'implication souhaité par chaque usager [Jeffs *et al.*, 2017].

Plusieurs stratégies favorisant le partenariat ont été notées. La plus simple consiste à engager une discussion avec l'utilisateur et ses PPA, en fonction de leurs capacités. Idéalement, de tels moments d'échange entre l'utilisateur et l'équipe de soins auraient lieu régulièrement, dans un climat propice [Manias *et al.*, 2019; Arbaje *et al.*, 2014]. En préparation de cet échange, il importe aussi de donner à l'utilisateur (en tenant compte de ses capacités) le temps nécessaire pour réfléchir à ses préférences, ses objectifs et ses besoins ainsi qu'aux défis qu'il prévoit après la transition [Dolu *et al.*, 2021; Arbaje *et al.*, 2014]. Ces discussions sont également des moments privilégiés pour faire connaître les niveaux de soins désirés, selon les préférences et objectifs de soins de l'utilisateur [Braz *et al.*, 2020; Sanatinia *et al.*, 2020; Bailey *et al.*, 2019; Manias *et al.*, 2019; Jeffs *et al.*, 2017; WHO, 2016; Hirschman *et al.*, 2015; Arbaje *et al.*, 2014; HQO, 2013].

Les informations essentielles à la réussite de la transition doivent être communiquées à l'utilisateur et à ses PPA. Elles peuvent porter notamment sur la condition de santé (incluant le pronostic) [Dolu *et al.*, 2021; Parker *et al.*, 2020; Pritchard *et al.*, 2020; Hirschman et Hodgson, 2018; Baldonado *et al.*, 2017; Bauer *et al.*, 2011], les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques prescrits [Sawan *et al.*, 2021; Pritchard *et al.*, 2020; Nurjono *et al.*, 2019; Villars *et al.*, 2013], les soins et les services dispensés, ou encore les rôles des différents professionnels et intervenants impliqués dans le processus de transition [Pritchard *et al.*, 2020; Nurjono *et al.*, 2019]. Certains auteurs considèrent également essentiel de communiquer les coordonnées permettant de joindre les différents professionnels et intervenants [Jeffs *et al.*, 2017; Samus *et al.*, 2014; Bradway *et al.*, 2012; Bauer *et al.*, 2011], une suggestion qui s'applique aussi aux organismes qui offrent des services dans la communauté [Samus *et al.*, 2014; HQO, 2013].

Le partenariat avec les PPA est particulièrement important lorsque la personne vivant avec un TNCM éprouve des difficultés à prendre part aux discussions la concernant, voire en est incapable [Pritchard *et al.*, 2020; Manias *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Bauer *et al.*, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2011]. Toutefois, pour que ce partenariat puisse être établi, l'usager doit d'abord y avoir consenti, et le consentement doit être consigné à son dossier [Couturier *et al.*, 2016]. Lorsque ce consentement a été donné, les informations essentielles communiquées à l'usager doivent aussi l'être aux PPA. Par leur connaissance de l'histoire de vie de l'usager, les PPA peuvent participer à une personnalisation des soins offerts en contribuant, par exemple, à la mise en place d'une routine semblable à celle que connaît l'usager dans son domicile [Bauer *et al.*, 2011]. La personnalisation des soins est une contribution significative des PPA, qui a d'ailleurs été soulignée par le National Institute for Health and Care Research [Sanatinia *et al.*, 2020] et dans un rapport sur les normes de qualité de l'Ontario [HQO, 2019].

Soutien et accompagnement dans le développement de compétences liées à la santé

Pour favoriser le partenariat avec l'usager et ses PPA ainsi que leur autonomie dans le parcours de soins et de services, il importe de soutenir ces personnes dans le développement de compétences relatives à la santé. En plus de vivre avec un TNCM, certains usagers présentent des comorbidités qui nécessitent une autogestion des soins. Le cas échéant, il est nécessaire pour l'usager (dans la mesure de ses capacités) et ses PPA de développer diverses compétences qui seront utiles tout au long du processus de transition [Parker *et al.*, 2020; Hirschman et Hodgson, 2018; NICE, 2018; Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Muller *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014; Villars *et al.*, 2013; Bauer *et al.*, 2011; Tomura *et al.*, 2011]. Concrètement, cela signifie de s'assurer que l'usager adhère au traitement pharmacologique prescrit [Dolu *et al.*, 2021; Manias *et al.*, 2019; Jeffs *et al.*, 2017; Muller *et al.*, 2017; Deeks *et al.*, 2016; Villars *et al.*, 2013; Bauer *et al.*, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2011], que les PPA soient capables de surveiller adéquatement les signes et symptômes de détérioration de la condition physique et psychologique de leur proche [Manias *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Bauer *et al.*, 2011]), ou encore que l'usager adopte de bonnes habitudes de vie [Braz *et al.*, 2020; Baldonado *et al.*, 2017; Roberts *et al.*, 2015; Villars *et al.*, 2013].

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de soutenir l'usager et ses PPA dans l'acquisition de diverses compétences permettant de mieux naviguer dans le système de santé [Gettel *et al.*, 2021; Braz *et al.*, 2020; Pritchard *et al.*, 2020; Jeffs *et al.*, 2017; Balaban *et al.*, 2015; Roberts *et al.*, 2015; Bauer *et al.*, 2011], et de s'assurer qu'ils savent qui consulter et à quel moment lorsqu'un problème survient. Enfin, il est essentiel que les PPA développent des compétences pour maintenir ou améliorer leur propre condition de santé, incluant leur bien-être émotionnel [Manias *et al.*, 2019; Nurjono *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Muller *et al.*, 2017; Roberts *et al.*, 2015; Bauer *et al.*, 2011].

Le développement de l'ensemble des compétences susmentionnées requiert que les professionnels et intervenants soient facilement accessibles et qu'ils soient disposés à intervenir rapidement lorsque l'utilisateur ou le PPA ressent le besoin d'être soutenu [Afram *et al.*, 2015; Bradway *et al.*, 2012].

Évaluation de la capacité de soutien des PPA

Au fur et à mesure que la condition de la personne vivant avec un TNCM évolue, il importe d'évaluer régulièrement la capacité des PPA à la soutenir et l'accompagner, car leur participation doit être fonction de ce qu'elles sont en mesure de faire. Cette évaluation nécessite : (i) de connaître les acteurs clés de la famille, la dynamique familiale et les caractéristiques de ses décideurs (p. ex. leur nombre, leur âge et leur sexe), (ii) de se renseigner sur la disponibilité des PPA et leur disposition à fournir les soins nécessaires et à apprendre de nouvelles techniques, ainsi que (iii) de recueillir des informations sur leurs préférences et leurs préoccupations [Manias *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011].

Dans l'appréciation de la disposition des PPA à dispenser à long terme elles-mêmes les soins, il est aussi important de considérer l'accumulation de fatigue et le risque d'épuisement afin de prévoir, au besoin, des ressources communautaires supplémentaires (p. ex. SAD ou ressources de première ligne) [Latulippe *et al.*, 2019; Tomura *et al.*, 2011].

Collaboration interprofessionnelle et collaboration interorganisationnelle

La collaboration entre les professionnels et intervenants rattachés à différentes disciplines et organisations est nécessaire pour une offre de soins et de services intégrée et continue, adaptée aux changements de l'état de santé de l'utilisateur [Nurjono *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Rondeau-Boulanger et Drolet, 2016; Arbaje *et al.*, 2014; Demers et Pelchat, 2013; Tomura *et al.*, 2011].

Le mot « interprofessionnel » comprend le préfixe *inter*, lequel fait référence à l'idée qu'une cotransformation de soi et de l'autre s'opère lors de contacts soutenus. La collaboration interprofessionnelle va donc au-delà de la coordination; elle implique une cotransformation des professionnels qui coordonnent leurs actions de manière systématique pour répondre à la globalité des besoins d'un usager. Elle pousse les professionnels et intervenants à mieux considérer la complexité des phénomènes cliniques et l'interdisciplinarité des besoins, ce qui confère également un caractère interdépendant aux interventions envisagées par l'équipe [Couturier et Belzile, 2018]. Quant à la collaboration interorganisationnelle, elle désigne le processus par lequel deux ou plusieurs organisations du secteur de la santé ou des services sociaux mettent en commun leurs actions et ressources pour résoudre des problèmes ou atteindre des objectifs partagés [Bazin *et al.*, 2021; Graham et Barter, 2018].

La collaboration interprofessionnelle et la collaboration interorganisationnelle requièrent une compréhension mutuelle et un respect du champ d'expertise de chacun des professionnels et intervenants offrant des soins et des services [Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Balaban *et al.*, 2015]. Elles font également référence à l'élaboration de définitions claires des rôles et responsabilités de chacun des professionnels et intervenants [Cavaliere, 2015] et au partage de ces responsabilités [Sheikh *et al.*, 2018]. Pour parvenir à cette collaboration, il importe de considérer l'ensemble des professionnels et intervenants des divers milieux entre lesquels l'utilisateur transite comme les membres d'une seule et même équipe de transition [Sheikh *et al.*, 2018]. Les rôles de chacun doivent par ailleurs être connus [OIIQ, 2023; Sheikh *et al.*, 2018], incluant celui de la personne désignée pour assurer la coordination des soins et services. Une appréciation du rôle et de la contribution des différents acteurs concernés, incluant les PPA, est aussi importante [Sheikh *et al.*, 2018; Arbaje *et al.*, 2014].

Les concepts de collaboration interprofessionnelle et de collaboration interorganisationnelle sont valorisés par plusieurs instances, telles que l'OMS [WHO, 2016], en raison de bénéfices potentiels en termes d'efficacité du travail (p. ex. amélioration de la sécurité des soins, suivi plus systématique et baisse du nombre d'hospitalisations évitables) [FCRRS, Couturier et Belzile, 2018; 2006].

2.1.3 Partage des informations entre les différents professionnels et intervenants

Une gestion favorisant la collaboration interprofessionnelle permet d'établir des processus de communication fiables entre professionnels et intervenants, entre ces derniers et les gestionnaires, puis entre les organisations [Couturier et Belzile, 2018].

Les données provenant de la littérature soulignent l'importance d'utiliser des outils et des protocoles standardisés, idéalement convenus entre les différents établissements, pour uniformiser l'ensemble des pratiques lors des transitions et faciliter la collaboration interprofessionnelle et la collaboration interorganisationnelle [Jeffs *et al.*, 2017; WHO, 2016; Arbaje *et al.*, 2014], incluant le partage des informations. Cela accroît l'exactitude de l'information, facilite la communication, minimise le risque d'erreurs et, ultimement, favorise la réussite des transitions [Jeffs *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014].

Selon certains auteurs, l'utilisation d'un dossier de santé électronique permettrait aux professionnels et intervenants d'accéder en temps réel aux informations mises à jour dans le dossier clinique de l'utilisateur (p. ex. les évaluations, les sommaires, les plans de transition et de soins et de services), d'extraire certaines informations de façon automatique (p. ex. le nombre d'hospitalisations) et de transmettre toute information pertinente aux spécialistes et professionnels de la santé à l'urgence ou à l'hôpital, incluant le pharmacien de l'hôpital (lorsque l'utilisateur ou ses PPA y ont consenti) [Baldonado *et al.*, 2017]. D'ailleurs, au-delà du dossier de santé informatisé de l'organisation, il est souhaitable que les professionnels et intervenants de tous les milieux utilisent un système d'exploitation électronique commun, régional et permanent, afin de faciliter la transmission de l'information pertinente sur l'utilisateur [Arbaje *et al.*, 2014] et

d'assurer la continuité informationnelle tout au long des transitions [Braz *et al.*, 2020; Nurjono *et al.*, 2019; Baldonado *et al.*, 2017]. En l'absence d'un tel dossier, les professionnels et intervenants doivent utiliser les moyens de communication sécuritaires et confidentiels qui ont été convenus entre eux ou entre organisations [Dolu *et al.*, 2021; Pritchard *et al.*, 2020; Robinson *et al.*, 2015; Bradway *et al.*, 2012].

Lors de l'évaluation initiale ou des réévaluations, les outils standardisés sont non seulement utiles pour déceler les changements dans la condition de santé de l'utilisateur et répondre à ses besoins biopsychosociaux [OIIQ, 2023; Couturier *et al.*, 2013], mais aussi pour identifier les usagers vulnérables en perte d'autonomie [Carrier *et al.*, 2012] et décider des conduites à tenir, en considérant la complexité et l'évolution de la condition sociale et médicale de l'utilisateur.

D'autres outils sont utilisés dans la gestion de la médication. Ils facilitent la prise des médicaments par l'utilisateur (p. ex. pilulier, courriel automatique, application Web avec rappels) et aident les professionnels à effectuer le bilan comparatif des médicaments (BCM) [Bailey *et al.*, 2019]. Il est d'ailleurs conseillé d'utiliser un formulaire électronique qui se met à jour automatiquement lorsqu'il y a un changement de prescription, qui enregistre le nombre restant d'ordonnances et le besoin de renouvellement. Il permet à toute l'équipe multidisciplinaire de consulter la liste de médicaments d'un usager en temps réel et de demander au médecin soignant ou au pharmacien communautaire des clarifications sur la médication, si nécessaire [Deeks *et al.*, 2016; Roberts *et al.*, 2015].

Enfin, certaines applications Web peuvent être utiles pour les différents professionnels et intervenants qui doivent partager les informations. Dans une étude, par exemple, l'application utilisée offre du soutien à la prise de décision et un mode de communication [Samus *et al.*, 2014]. Elle permet, de plus, de suivre le plan de soins, les progrès de l'utilisateur, les requêtes de services et l'utilisation des services [Samus *et al.*, 2014]. D'autres technologies de l'information et de la communication (TIC) et approches, telles que les lignes d'assistance aux usagers pour les soins primaires [WHO, 2016] et la télémédecine, ont aussi le potentiel de faciliter le suivi des soins et des services dispensés à la personne vivant avec un TNCM et à ses PPA, de même que la collaboration interprofessionnelle [Braz *et al.*, 2020; Nurjono *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Roberts *et al.*, 2015; Samus *et al.*, 2014].

En plus d'utiliser des outils d'évaluation et de requête de services standardisés, les membres de l'équipe devraient se rencontrer de façon régulière, afin de discuter des évaluations les plus récentes, d'établir des objectifs de soins, de planifier les soins et les services requis, d'identifier le professionnel le plus apte à les fournir et d'apporter des ajustements au plan de soins [Hirschman et Hodgson, 2018; Bradway *et al.*, 2012; Tomura *et al.*, 2011]. Cela inclut des rencontres entre les professionnels et intervenants des différents milieux (p. ex. professionnels de l'hôpital et ceux de première ligne), ce qui permet d'assurer la continuité des soins après un congé hospitalier ou lors de toute autre transition nécessitant un déplacement de l'utilisateur [Bradway *et al.*, 2012; Tomura *et al.*, 2011].

Lors des suivis, les intervenants concernés devraient rédiger des notes sommaires pour chaque appel ou visite et transmettre l'information au professionnel ou à l'intervenant concerné [Balaban *et al.*, 2015]. Le courrier électronique et l'appel téléphonique sont des options de communication encore considérées comme efficaces pour joindre, de façon ponctuelle, le médecin de première ligne ou tout autre professionnel de la santé en première ligne impliqué dans les soins [Dolu *et al.*, 2021; Pritchard *et al.*, 2020].

2.2 Pratiques générales pour améliorer les soins et services dans divers contextes de transition

Cette section présente les pratiques exemplaires visant à améliorer les soins et les services offerts dans le cadre de tout type de transition. Celles permettant d'assurer la continuité des soins et services de première ligne y sont particulièrement mises de l'avant. Les pratiques exemplaires recensées dans la littérature portent sur la coordination, l'évaluation et la réévaluation périodique ainsi que sur la planification des soins et des services.

2.2.1 Coordination

La coordination se rapporte à l'organisation des activités et des suivis et au maintien d'une offre continue de soins et de services pour l'utilisateur [Braz *et al.*, 2020; Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Balaban *et al.*, 2015] pouvant notamment être inscrits dans le cadre d'un PSI [Hébert, 2022].

Afin d'assurer la continuité des soins et des services en contexte de transition, incluant la continuité informationnelle, la continuité d'approche et la continuité relationnelle [Pépin *et al.*, 2021; Couturier *et al.*, 2016], il est recommandé qu'une personne en relation avec les membres de l'équipe hospitalière ou du milieu de vie et les professionnels œuvrant dans la communauté coordonne les transitions [NICE, 2018; WHO, 2016; Bradway *et al.*, 2012]. La désignation d'une telle personne est pertinente car les soins et services en contexte de transition ne constituent pas une série d'actions distinctes; une vision d'ensemble est nécessaire pour évaluer et améliorer la qualité de ces soins [Ashbourne *et al.*, 2021]. Plusieurs termes existent pour faire référence à la personne responsable de la coordination (p. ex. coordonnateur de soins, intervenant pivot, gestionnaire de cas, navigateur ou assistant aux soins), et plusieurs types de professionnels peuvent exercer cette fonction, tels qu'un intervenant social ou un infirmier clinicien [Hébert, 2022; Sheikh *et al.*, 2018; Baldonado *et al.*, 2017; Couture *et al.*, 2016; Deeks *et al.*, 2016; McNeil *et al.*, 2016; Arbaje *et al.*, 2014; Carrier, 2013; Villars *et al.*, 2013; Bradway *et al.*, 2012; Carrier *et al.*, 2012]. Cette personne est le point de contact pour l'accès aux différents services et au soutien [Gettel *et al.*, 2021; Braz *et al.*, 2020; Pritchard *et al.*, 2020; Jeffs *et al.*, 2017; Balaban *et al.*, 2015; Roberts *et al.*, 2015; Bauer *et al.*, 2011]. Au besoin, les responsabilités en lien avec la coordination des soins peuvent être partagées entre plusieurs professionnels [Sheikh *et al.*, 2018].

Le coordonnateur de soins guide l'utilisateur et ses PPA tout au long du parcours de soins de santé. Son rôle peut consister, entre autres, à (i) coordonner l'évaluation des besoins et la planification des soins et services à offrir par l'entremise des professionnels et intervenants des différents milieux (institutionnel, communautaire, privé); (ii) animer les rencontres d'équipe avec les différents professionnels et intervenants; (iii) fournir à l'utilisateur et à ses PPA les informations sur les soins et services requis et disponibles dans le réseau et le milieu communautaire; (iv) accompagner ces derniers dans les démarches d'accès aux services; (v) organiser et coordonner le soutien; (vi) assurer le suivi (p. ex. par des appels téléphoniques et des visites à domicile) et les réévaluations de la personne; et (vii) intervenir, de façon ponctuelle, auprès de l'utilisateur ou des PPA en fonction de son champ de compétence clinique [Hébert, 2022; Couturier et Belzile, 2018; Mockford *et al.*, 2017; Couture *et al.*, 2016; Wee *et al.*, 2014]. Il est aussi suggéré que le coordonnateur favorise un contact fréquent entre les professionnels de la santé, s'assure que le bilan comparatif des médicaments est réalisé en temps opportun, et veille à la communication et au partage d'informations utiles entre les équipes de soins [Braz *et al.*, 2020; Manias *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Deeks *et al.*, 2016; Balaban *et al.*, 2015; Villars *et al.*, 2013; Tomura *et al.*, 2011].

La personne responsable de la coordination des transitions peut pratiquer dans divers milieux de soins, tels qu'un GMF. Elle aide l'utilisateur de manière proactive à recevoir une assistance de proximité, à résoudre les problèmes rapidement, et elle facilite la fluidité des transitions de soins et de services [Baldonado *et al.*, 2017]. Toutefois, la plupart des interactions de la personne désignée devraient avoir lieu avec les autres professionnels et intervenants, plutôt qu'avec la personne usagère et ses PPA [Couture *et al.*, 2016].

En contexte québécois, la coordination entre les professionnels et intervenants du GMF, du CIUSSS et des organismes communautaires serait renforcée par la désignation d'une personne, notamment au sein du GMF [Pépin *et al.*, 2021; MSSS, 2017] ou du SAD du CLSC [Carrier, 2013]. Par exemple, ce rôle pourrait être attribué à un travailleur social en GMF, dès le premier contact avec la personne usagère, pour faciliter la collaboration interprofessionnelle et la collaboration interorganisationnelle, et ainsi contribuer à agir en amont de la détérioration de la santé de l'utilisateur [Pépin *et al.*, 2021; Couturier et Belzile, 2018]. Lorsque l'utilisateur présente une perte d'autonomie, la coordination pourrait être confiée à un professionnel ou intervenant du SAD du CLSC [Carrier, 2013].

Enfin, une approche de gestion de cas, c'est-à-dire de collaboration et de coordination visant à assurer que les personnes obtiennent les soins et services dont elles ont besoin, favorise, lorsqu'elle est mise en œuvre efficacement, le lien entre l'utilisateur, les PPA et les ressources dispensant les soins [Braz *et al.*, 2020]. Cette approche permet d'offrir différentes modalités de soins et services, selon les besoins individuels et le plan de soins et services établi, ce qui assure un accompagnement optimal de l'utilisateur vivant avec un TNCM lors des transitions [Braz *et al.*, 2020].

2.2.2 Évaluation et réévaluation périodique

L'évaluation biopsychosociale, c'est-à-dire l'évaluation des conditions physiques, psychologiques et sociales de l'utilisateur, représente une étape importante pour planifier les soins et services [Xiang *et al.*, 2019]. L'évaluation initiale devrait être menée par différents professionnels et intervenants associés à une équipe de soins (p. ex. équipe gériatrique), le plus tôt possible [Gettel *et al.*, 2022; 2021; Braz *et al.*, 2020; Balaban *et al.*, 2015; Bradway *et al.*, 2012], idéalement dans les 24 à 72 heures suivant l'arrivée de l'utilisateur dans un nouveau milieu [Gettel *et al.*, 2022; HQO, 2019; Balaban *et al.*, 2015; Bradway *et al.*, 2012]. Chez les personnes âgées, l'évaluation systématique des fonctions cognitives est essentielle afin de dépister un déficit cognitif ou de documenter l'évolution d'un TNCM connu [Bailey *et al.*, 2019; Ma *et al.*, 2019; Xiang *et al.*, 2019; Deeks *et al.*, 2016; Naylor *et al.*, 2014]. L'évaluation des conditions gériatriques et fonctionnelles (p. ex. fragilité, état nutritionnel, polypharmacie, multimorbidité) ainsi que de l'environnement physique dans lequel vit l'utilisateur est également préconisée [Parker *et al.*, 2020; Arbaje *et al.*, 2014; Villars *et al.*, 2013].

L'évaluation devrait aussi se concentrer sur les éléments suivants :

- l'histoire antérieure et les habitudes de vie de l'utilisateur [Tomura *et al.*, 2011];
- les facteurs de risque de survenue d'événements indésirables en lien avec i) la condition de santé (TNCM ou autres comorbidités), ii) les soins ou les traitements (p. ex. sécurité de la médication) ou iii) d'autres facteurs sociaux et économiques individuels (p. ex. isolement, vulnérabilité sociale et économique) [Gettel *et al.*, 2022; Braz *et al.*, 2020; Parker *et al.*, 2020; Sheikh *et al.*, 2018; Arbaje *et al.*, 2014; Villars *et al.*, 2013];
- les capacités d'autosoins de l'utilisateur, dont son aptitude à mettre en action son plan individualisé de soins et de services et à faire face aux défis qu'il pourrait rencontrer après la transition (p. ex. lors du retour à domicile), le cas échéant (voir [section 1.3](#)) [Dolu *et al.*, 2021; Jeffs *et al.*, 2017];
- les capacités des PPA (si elles sont présentes) à soutenir l'utilisateur dans son parcours, incluant leur niveau de fatigue accumulée [Tomura *et al.*, 2011];
- la disponibilité des ressources dans le milieu de soins ou de vie [Dolu *et al.*, 2021; Tomura *et al.*, 2011] et les obstacles aux soins et services, tels que des problèmes d'accès au médecin de famille, aux autres professionnels de la santé, au soutien à domicile (SAD) ou aux services communautaires [Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014].

L'utilisation d'outils cliniques (p. ex. guide d'entrevue semi-structurée, outil standardisé d'observation en milieu de soins ou de vie) est préconisée pour soutenir les évaluations réalisées dans le processus de transition [MSSS, 2022; 2018; Provencher *et al.*, 2019].

Au-delà de l'évaluation initiale, il est souvent nécessaire de faire des réévaluations périodiques de la condition biopsychosociale de l'utilisateur. Ces dernières sont généralement effectuées lors des rencontres de suivi planifiées, lors des visites

régulières en première ligne ou lors des suivis à domicile [Gettel *et al.*, 2022; Braz *et al.*, 2020; Xiang *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Bradway *et al.*, 2012]. Leur fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique des professionnels et des équipes de soins, suivant l'évolution de la condition et des besoins de l'utilisateur [Xiang *et al.*, 2019; Bradway *et al.*, 2012]. Une réévaluation peut aussi s'imposer après une transition, et elle sert notamment à identifier les besoins non comblés de l'utilisateur après la transition [Dolu *et al.*, 2021; Braz *et al.*, 2020; Parker *et al.*, 2020; Samus *et al.*, 2014]. La fréquence de la réévaluation des besoins et du suivi requis (p. ex. hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle) varie selon l'évolution de la maladie, tout en considérant le décours attendu [Braz *et al.*, 2020; Samus *et al.*, 2014].

2.2.3 Planification des soins et des services

À la suite d'une évaluation ou d'une réévaluation, la planification des soins et des services, en contexte de transition, consiste à élaborer et à communiquer un plan individualisé de soins et de services [p. ex. au Québec, un plan de service individualisé (PSI) ou un plan d'intervention interdisciplinaire (PII), lorsque les professionnels et intervenants de plusieurs organisations sont concernés (p. ex. SAD, organismes communautaires)] [Braz *et al.*, 2020; Jeffs *et al.*, 2017]. Ce plan sera adapté aux transitions vécues ou envisagées et visera, par l'entremise d'une personne responsable de la coordination, à guider les actions à mettre en place pour bien coordonner les services nécessaires [Braz *et al.*, 2020; Sanatinia *et al.*, 2020] et pour répondre aux besoins identifiés chez l'utilisateur et ses PPA [Dolu *et al.*, 2021; Braz *et al.*, 2020; NICE, 2018; Mockford *et al.*, 2017; Robinson *et al.*, 2015; Wee *et al.*, 2014].

Lorsque les besoins cernés lors de l'évaluation touchent plusieurs sphères de la condition biopsychosociale d'une personne vivant avec un TNCM (p. ex. nutrition, humeur), les interventions sont généralement dispensées par une équipe composée de plusieurs professionnels et intervenants [MSSS, 2022a; Sawan *et al.*, 2021; Arsenault-Lapierre *et al.*, 2020; Ma *et al.*, 2019; Nurjono *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Baldonado *et al.*, 2017; Roberts *et al.*, 2015; Samus *et al.*, 2014; Wee *et al.*, 2014; Villars *et al.*, 2013]. Quand la situation le requiert, il est important d'orienter les PPA vers les soins et services appropriés [Manias *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011]. La responsabilité de veiller à ce que l'utilisateur ait accès aux services nécessaires revient plus particulièrement à la personne désignée pour assurer la coordination [Hébert, 2022]. Par exemple, si des besoins en termes de soutien ou d'information sont identifiés, l'utilisateur et ses PPA peuvent être orientés vers les organismes communautaires [Braz *et al.*, 2020; Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Mockford *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011]. Un soutien de la part des spécialistes est également nécessaire pour les personnes ayant des besoins complexes [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2020], par exemple celles ayant un SCPD modéré ou sévère, où il est possible de faire appel à l'équipe ambulatoire de gestion des SCPD [MSSS, 2022a].

Tous les professionnels et intervenants jouant un rôle dans les transitions doivent participer à l'élaboration, la mise en œuvre et la révision du plan de soins et de services. La contribution de l'utilisateur, si possible, et de ses PPA, quand elles sont disponibles et volontaires est également importante [Braz *et al.*, 2020; Pritchard *et al.*, 2020; HQO, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Mockford *et al.*, 2017; Couturier *et al.*, 2016; 2013; Arbaje *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011]. La situation de la personne vivant avec un TNCM étant généralement complexe ou à risque de le devenir, une rencontre d'équipe doit être organisée (en présentiel ou en virtuel) pour élaborer ce plan [Hirschman et Hodgson, 2018; Bradway *et al.*, 2012; Tomura *et al.*, 2011]. Après sa mise en œuvre, les professionnels et intervenants doivent recueillir et mettre par écrit les commentaires de la personne et de ses PPA sur leur satisfaction quant aux soins et aux services reçus [Couturier *et al.*, 2016].

Les données de la littérature soulignent l'importance de planifier les transitions tôt dans le parcours de soins et services, de préférence dès l'arrivée de l'utilisateur dans un nouveau milieu de soins ou de vie [Sanatinia *et al.*, 2020; HQO, 2019; WHO, 2016; Kable *et al.*, 2015; Arbaje *et al.*, 2014; Bauer *et al.*, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2011]. Lors d'un transfert, il est important de mobiliser le personnel du milieu vers lequel l'utilisateur transite pour lui offrir du soutien, étant donné le caractère souvent éprouvant de ce type de transition. Les professionnels et intervenants des milieux de départ et d'accueil doivent donc se montrer disponibles, mais aussi coopératifs et flexibles dans la mise en œuvre du plan de soins et services établi, selon les besoins et les capacités de l'utilisateur et de ses PPA [Villars *et al.*, 2013]. Le besoin peut être à la fois éducatif, relationnel et de répit. Le soutien peut être offert à l'utilisateur ou être spécifiquement destiné à améliorer la condition physique et le bien-être psychologique des PPA.

2.2.4 Suivi de la thérapie médicamenteuse

Le suivi de la thérapie médicamenteuse a été jugé comme étant intrinsèquement lié au succès du plan de soins et de suivi tout au long de la vie de l'utilisateur. Il vise en particulier à s'assurer que la thérapie médicamenteuse est adéquate et adaptée à la condition de l'utilisateur (dose et traitement appropriés, interactions médicamenteuses examinées, etc.). Cette composante de la transition implique aussi de considérer la possibilité de déprescrire un ou plusieurs médicaments, selon l'évolution de la condition de l'utilisateur et des objectifs de soins [Sheikh *et al.*, 2018].

Lors du BCM, la liste complète des médicaments de l'utilisateur est révisée. Cela permet notamment de relever les écarts entre les médicaments prescrits et les médicaments effectivement pris par ce dernier [Deeks *et al.*, 2016; WHO, 2016]. Le BCM est effectué en milieu hospitalier – soit à l'admission à l'hôpital et lors du transfert vers le domicile – ou lors d'un suivi en première ligne [Gettel *et al.*, 2022; Manias *et al.*, 2019; Deeks *et al.*, 2016; HQO, 2013].

Dans certains pays, comme l'Australie, le pharmacien communautaire devient alors responsable de la gestion de la thérapie médicamenteuse et de la mise à jour de la liste de médicaments [Manias *et al.*, 2019]. Ce professionnel a un rôle central dans le suivi de

la thérapie médicamenteuse. Il travaille en partenariat avec le médecin de la première ligne afin de tenir à jour la liste de médicaments, d'informer l'utilisateur et ses PPA sur la thérapie médicamenteuse, sur les changements de médication possibles et sur les effets indésirables de certains médicaments ou les interactions dangereuses [Manias *et al.*, 2019; Deeks *et al.*, 2016]. Des programmes ont été mis en place dans certains pays afin de soutenir la collaboration entre les pharmaciens et les médecins de la première ligne (p. ex. les programmes australiens *Residential Medication Management Review*² (RMMR) et *Home Medicines Review*³ (HMR) [Deeks *et al.*, 2016].

2.3 Pratiques spécifiques au contexte de transition lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier

La littérature scientifique propose des pratiques exemplaires pour assurer la continuité des soins et des services lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier. Certaines pratiques sont à mettre en place en prévision d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation; d'autres sont à instaurer durant le séjour ou au moment du congé de l'hôpital.

En prévision d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation

Un rapport d'experts sur les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles lors des admissions hospitalières pour les usagers avec des troubles cognitifs [Sanatinia *et al.*, 2020] ainsi qu'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé [WHO, 2016] soulignent qu'il est indispensable que le personnel soignant ait accès en temps opportun à tous les documents et renseignements pertinents concernant la condition de l'utilisateur et son environnement familial et social pour améliorer la qualité des soins et services offerts. Au Québec, la Société Alzheimer a élaboré différentes fiches préparatoires à une visite à l'urgence ou à l'hôpital, comportant des informations sur l'utilisateur (p. ex. ses renseignements personnels, sa médication, ses volontés, les coordonnées des personnes qui le connaissent le mieux). Il est suggéré de les remplir avant une visite à l'urgence ou à l'hôpital, pour aider le personnel soignant à mieux accompagner l'utilisateur et ses PPA. Ce type d'outil pratique et facile à utiliser, adapté aux personnes vivant avec un TNCM, peut permettre aux professionnels et intervenants de tenir davantage compte des besoins et préférences de l'utilisateur et de ses PPA [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2020]. La mise en place de protocoles ou procédures de communication entre les milieux (p. ex. entre le milieu d'hébergement et l'hôpital), à appliquer lors de l'admission, peut également contribuer à s'assurer que le personnel soignant dispose de toute l'information pertinente [NICE, 2015].

² Le *Residential Medication Management Review* (RMMR) est un programme comportant une évaluation complète des médicaments, la rédaction d'un rapport, la mise en place d'un plan de gestion de la médication et des suivis effectués par un pharmacien accrédité dans l'établissement de soins pour personnes âgées, en collaboration avec le médecin demandeur de l'utilisateur et l'équipe de soins. Voir : <https://www.ppaonline.com.au>

³ Le *Home Medicines Review* (HMR) est un service de collaboration communautaire en Australie. Un pharmacien se rend au domicile de l'utilisateur et élabore un plan de suivi des médicaments avec le médecin généraliste. Voir : <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/home-medicines-review>

À l'urgence ou durant le séjour en milieu hospitalier

La personne désignée pour assurer la coordination dans la communauté devrait travailler de concert avec l'intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital. Selon les milieux, ce rôle pourrait être joué par un infirmier, un infirmier de liaison, un infirmier en gériatrie ou un travailleur social. L'intervenant de liaison devrait aviser cette personne de l'admission de l'utilisateur à l'urgence, puis s'enquérir des informations cliniques pertinentes et des conditions pour un retour à domicile réussi [Braz *et al.*, 2020; Sanatinia *et al.*, 2020; Couture *et al.*, 2016; Couturier *et al.*, 2016].

Pour faciliter l'évaluation de la condition biopsychosociale de l'utilisateur et de ses PPA, la littérature suggère d'utiliser systématiquement les données d'un dossier clinique informatisé. Ce dossier permet de documenter l'état fonctionnel et les conditions psychosociales de l'utilisateur, et ainsi contribuer à l'identification de risques de réadmissions évitables à l'hôpital [Arbaje *et al.*, 2014]. Outre le dossier électronique, la présence des PPA au chevet de l'utilisateur, dès l'admission, contribue à ce que le personnel soignant soit conscient de ses besoins [Sanatinia *et al.*, 2020]. Les PPA peuvent notamment informer le personnel soignant des médicaments utilisés par l'utilisateur ainsi que des événements importants en lien avec la prise des médicaments (épisodes de délirium, allergies, effets secondaires, etc.) [Manias *et al.*, 2019; Bauer *et al.*, 2011].

En milieu hospitalier, débiter la planification de la transition dans les 24 heures suivant l'admission contribue à réduire la durée de séjour des personnes vivant avec un TNCM [Sanatinia *et al.*, 2020]. La planification des soins et services post-hospitaliers devrait être effectuée par l'intervenant de liaison de l'hôpital, en collaboration avec la personne désignée pour assurer la coordination dans la communauté [Hébert, 2022; MSSS, 2022a; Sanatinia *et al.*, 2020; Couturier *et al.*, 2016; Kable *et al.*, 2015; NICE, 2015; Arbaje *et al.*, 2014; HQO, 2013; Bauer *et al.*, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2011]. Les autres professionnels et intervenants qui doivent dispenser des soins et services à l'utilisateur après son congé devraient aussi participer à l'élaboration, la mise en œuvre et la révision du plan de suivi, en collaboration avec l'utilisateur, si possible, et ses PPA, s'ils sont disponibles et volontaires [Braz *et al.*, 2020; Pritchard *et al.*, 2020; HQO, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Mockford *et al.*, 2017; Arbaje *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011].

La littérature souligne aussi l'importance de rédiger un plan de suivi écrit et une feuille sommaire d'hospitalisation, qui inclut une date prévue de congé et des échéances précises [Sanatinia *et al.*, 2020; McCusker *et al.*, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; WHO, 2016; Arbaje *et al.*, 2014; Fitzgerald *et al.*, 2011]. Cette feuille sommaire est destinée aux acteurs qui assurent le suivi après l'hospitalisation. Elle doit être individualisée et fournir les informations cliniquement pertinentes [Hirschman et Hodgson, 2018; Sheikh *et al.*, 2018].

Parallèlement, afin d'être optimal et d'assurer la continuité dans les soins et services, le plan de suivi doit tenir compte de l'ensemble de l'offre de services et des ressources disponibles dans la région (pas uniquement des services médicaux de première ligne) [HQO, 2019; Sheikh *et al.*, 2018; Arbaje *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011], particulièrement des services ciblant les événements et les problèmes qui risquent de

survenir rapidement après le congé (p. ex. équipes et services disponibles en cas de SPCD, de problèmes liés à la médication ou d'infection) [Tomura *et al.*, 2011]. De plus, il doit permettre d'établir des liens entre les professionnels et intervenants du milieu d'origine et du nouveau milieu [Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017], de même que permettre de proposer les ressources nécessaires et les types de professionnels et d'intervenants responsables de la réalisation des actions et des tâches identifiées [Sanatinia *et al.*, 2020]. Enfin, la littérature grise indique que le plan de suivi devrait détailler le suivi précoce requis après un transfert, par exemple sous forme de visites à domicile ou d'appels téléphoniques dans les 48 heures après le congé [WHO, 2016; HQO, 2013]. Un suivi devrait être planifié avec le médecin de famille (ou l'infirmier praticien spécialisé – première ligne) [HQO, 2013], le pharmacien communautaire [Cossette *et al.*, 2022] et aussi, au besoin, d'autres professionnels ou intervenants, par exemple du SAD du CLSC [Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; WHO, 2016; HQO, 2013] ou de l'équipe ambulatoire de gestion des SCPD [MSSS, 2022a; Tomura *et al.*, 2011].

Ainsi, en prévision du congé, il importe d'établir des modalités claires pour :

- communiquer, en temps opportun, les plans et le sommaire du congé ainsi que les ajustements à effectuer par les acteurs jouant un rôle dans la transition [Dolu *et al.*, 2021; Hirschman et Hodgson, 2018; Sheikh *et al.*, 2018; Mockford *et al.*, 2017];
- mettre en place des mécanismes de rétroaction pour s'assurer de la réception des plans et du sommaire d'hospitalisation par le nouveau milieu de soins ou de vie [HQO, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Jeffs *et al.*, 2017];
- informer l'utilisateur et ses PPA du moment prévu pour le transfert [Dolu *et al.*, 2021; Deeks *et al.*, 2016];
- adapter le plan de soins et de services selon l'évolution des besoins [Deeks *et al.*, 2016; Roberts *et al.*, 2015].

Sur le plan organisationnel, plusieurs auteurs encouragent les établissements à revoir leur processus de planification de congé [Gettel *et al.*, 2022; Dolu *et al.*, 2021; Mockford *et al.*, 2017; WHO, 2016; Arbaje *et al.*, 2014; Bauer *et al.*, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2011] pour :

- établir des protocoles clairs de transition et mettre en place des services adaptés aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un TNCM et de leurs PPA [Gettel *et al.*, 2022; Bauer *et al.*, 2011];
- concevoir un plan d'urgence (*recovery scenario*) au sein de l'établissement, permettant de préciser les actions à réaliser en cas de difficultés dans la mise en œuvre du plan de suivi initialement prévu pour l'utilisateur [Arbaje *et al.*, 2014]. Il peut inclure des renseignements sur le prestataire à consulter lorsqu'un problème survient [Hirschman et Hodgson, 2018; Sheikh *et al.*, 2018; Baldonado *et al.*, 2017; Jeffs *et al.*, 2017; Robinson *et al.*, 2015; Samus *et al.*, 2014; Tomura *et al.*, 2011];

- élaborer des politiques et procédures de collaboration claires entre les établissements d'un même territoire pour la planification des soins et services en contexte de transition [Dolu *et al.*, 2021; Fitzgerald *et al.*, 2011].

L'une des bonnes pratiques relevées dans la littérature est la présence du pharmacien dans l'équipe de soins dans les hôpitaux. Cette présence a été associée à une réduction des réadmissions hospitalières liées à la prise de médicaments [Ma *et al.*, 2019]. En effet, le pharmacien hospitalier (ou le résident en pharmacie) contribue à l'élaboration du plan de suivi en ce qui concerne la médication, offre des conseils à l'équipe multidisciplinaire de soins en matière de médicaments et réalise le BCM [Cossette *et al.*, 2022; Sanatinia *et al.*, 2020; Manias *et al.*, 2019; Baldonado *et al.*, 2017; Balaban *et al.*, 2015].

Au Québec, le cadre de référence « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier » prévoit des interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce pour les personnes ayant une atteinte cognitive [MSSS, 2011]. Il est recommandé d'appliquer un protocole d'orientation plusieurs fois par jour (orienter par rapport au temps, à l'espace et aux personnes), d'effectuer des activités de stimulation cognitive, de prioriser le transfert à l'unité de soins pour que la personne ne demeure pas de façon prolongée à l'urgence, d'éviter les changements de chambre fréquents et de favoriser la stabilité du personnel soignant. Les mesures systématiques de prévention doivent aussi être intensifiées, dont celles visant à maintenir les capacités cognitives et affectives. Elles incluent notamment d'orienter la personne dans son nouveau milieu et de favoriser un environnement de soins sécuritaire et stable, en encourageant par exemple la présence des PPA. Il est aussi recommandé d'informer les PPA du risque de délirium, de les encourager à appliquer des mesures préventives (p. ex. activités de stimulation cognitive) et d'utiliser des méthodes de dépistage du délirium (p. ex. *Confusion Assessment Method*) périodiquement au cours de l'hospitalisation [MSSS, 2011]. L'infirmier clinicien spécialisé en gériatrie peut guider l'application de ces pratiques [Poulin *et al.*, 2021].

Au moment du congé

Arbaje et ses collaborateurs [2014] préconisent, dans le cas des transitions entre l'hôpital et le domicile, que l'intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital exerce ses fonctions à partir du milieu d'origine (p. ex. l'hôpital) et s'associe aux intervenants du milieu d'accueil. Celui-ci doit notamment s'assurer que le sommaire d'hospitalisation est intégré au plan global de soins de l'usager (p. ex. au Québec, intégration au PSI ou au PI) [Braz *et al.*, 2020; Mockford *et al.*, 2017; Tomura *et al.*, 2011]. Une « rédaction collaborative » de l'information à inclure dans la feuille sommaire d'hospitalisation de l'usager, par le pharmacien hospitalier et le médecin de l'unité hospitalière, permet notamment de rapporter plus précisément la situation de l'usager en matière de médication. Au moment du congé de l'hôpital, l'envoi du sommaire au pharmacien communautaire (en plus du médecin) est prôné pour faciliter la transition et le suivi [Cossette *et al.*, 2022; Deeks *et al.*, 2016]. Ce document peut aussi être envoyé à d'autres professionnels de la santé. Il est également recommandé que les plans de suivi

et d'urgence soient expliqués verbalement à l'utilisateur et à ses PPA, et qu'une version écrite leur soit remise [WHO, 2016; HQO, 2013].

Dans certains pays, tels que l'Australie, différents professionnels de la santé peuvent participer activement au suivi de la médication [Deeks *et al.*, 2016]. Par exemple, après le congé de l'hôpital, un professionnel de l'hôpital ou de la première ligne (médecin traitant, pharmacien communautaire ou infirmier clinicien) peut effectuer ou mettre à jour le BCM [Sawan *et al.*, 2021]. De plus, il est suggéré d'identifier un pharmacien communautaire pour soutenir la personne vivant avec un TNCM et ses PPA dans le suivi de la thérapie médicamenteuse, ainsi que pour faire la liaison avec le milieu hospitalier et les professionnels de la première ligne [Deeks *et al.*, 2016; Roberts *et al.*, 2015].

De l'avis de certains auteurs, lorsque la personne vivant avec un TNCM réintègre son domicile après une hospitalisation, le médecin traitant devrait lui offrir un rendez-vous de suivi à son cabinet. En parallèle, un autre professionnel de la santé devrait se déplacer dans le milieu de vie pour effectuer une réévaluation des facteurs de risque de réadmission hospitalière, selon le domaine d'expertise de ce dernier. Cet exercice nécessite une grande collaboration entre les professionnels et intervenants du milieu hospitalier et ceux de la première ligne [Gettel *et al.*, 2022; Hirschman et Hodgson, 2018; Sheikh *et al.*, 2018; Naylor *et al.*, 2014; Villars *et al.*, 2013; Tomura *et al.*, 2011].

2.4 Pratiques spécifiques au contexte de transition lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie

Les professionnels et intervenants ont un rôle central à jouer dans le soutien et l'accompagnement des personnes vivant avec un TNCM et leurs PPA lors de la transition vers un nouveau milieu de vie, que ce soit un hébergement temporaire ou de longue durée [MSSS, 2023]. La personne et ses PPA doivent être soutenues tout au long de cette transition marquante dans leur vie, qui devrait être prévue et préparée avec eux [Parker *et al.*, 2020; Hirschman et Hodgson, 2018; Muller *et al.*, 2017; Afram *et al.*, 2015; Samus *et al.*, 2014]. Au début du processus, un des rôles des professionnels et intervenants consiste à expliquer les étapes menant à la demande d'hébergement et à leur indiquer, s'il y a lieu, si le milieu envisagé est approprié en fonction de leur situation et des critères d'admission en vigueur. Par ailleurs, l'opinion de la personne vivant avec un TNCM et celle de ses PPA sont essentielles [Pomey *et al.*, 2015]. Ainsi, avant que toute démarche d'hébergement ne soit entamée, les professionnels et intervenants doivent soutenir l'utilisateur et ses PPA dans le choix du milieu de vie [Hirschman et Hodgson, 2018], en leur fournissant toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée et en les guidant vers le milieu le plus adapté à leurs besoins, et ce, dans les meilleurs délais [MSSS, 2023].

Pour soutenir la personne et ses PPA dans leur choix, des visites de milieux d'hébergement devraient être organisées lorsque cela est possible. Quand ce n'est pas le cas, des moyens de remplacement peuvent être utilisés pour présenter les différents milieux, comme des visites virtuelles, la consultation du site Web ou du guide d'accueil des établissements, ou encore le visionnement de capsules vidéo. Outre l'opinion de la

personne et celle de ses PPA, le choix du milieu devrait tenir compte du profil d'autonomie et des besoins psychosociaux de la personne, définis par une évaluation globale et récente de sa situation. Si la personne présente des SCPD ou autres troubles du comportement, il est important de procéder à une évaluation du comportement afin de s'assurer que le milieu choisi est sécuritaire pour elle. Au Québec, les maisons des aînés font partie des établissements répondant à la mission CHSLD et pouvant accueillir des personnes vivant avec un TNCM, sans SCPD ou avec des SCPD légers ou modérés. Les personnes présentant des SCPD sévères pourraient être orientées vers des unités spécialisées ou prothétiques [MSSS, 2023]. Une fois la demande d'admission effectuée, les professionnels et intervenants doivent également accompagner la personne et ses PPA dans l'attente de l'intégration du nouveau milieu. Il est possible que les services doivent s'accroître durant cette période, si l'autonomie de la personne décline [MSSS, 2023].

Lors de la transition, les professionnels et intervenants doivent s'assurer que les soins et services offerts demeurent conformes aux préférences de l'usager et de ses PPA [Arsenault-Lapierre *et al.*, 2020; Sanatinia *et al.*, 2020; Manias *et al.*, 2019; WHO, 2016; Afram *et al.*, 2015; Arbaje *et al.*, 2014; HQO, 2013]. L'histoire de vie de la personne et ses routines devraient également être considérées pour faciliter la transition [NICE, 2018].

Au Québec, les équipes de SAD ou de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des CI(U)SSS sont responsables d'établir l'admissibilité en MHL, plus spécifiquement en CHSLD, RI ou RTF [MSSS, 2023]. Si la personne ne reçoit pas de services de ces équipes ou qu'elle est hospitalisée, leur collaboration est néanmoins nécessaire pour évaluer la possibilité d'un retour à domicile (p. ex. dans l'attente d'une place en milieu d'hébergement) et l'admissibilité en MHL. L'intervenant responsable de la demande au sein de l'équipe SAD ou SAPA doit soutenir la concertation de l'ensemble des acteurs, incluant le médecin de famille et les autres intervenants du SAD ou du GMF [MSSS, 2023; 2017]. Il doit aussi remplir les documents nécessaires à la demande et les acheminer au Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH), l'instance responsable d'orienter toutes les demandes d'hébergement sur son territoire et de coordonner l'accès à l'hébergement. Par la suite, l'intervenant qui s'occupe de la demande doit communiquer avec l'usager pour planifier l'intégration du nouveau milieu, l'accompagner le jour de son admission et assurer le suivi durant les semaines suivantes. Afin de favoriser l'adaptation au nouveau milieu, les personnes responsables de l'accueil doivent notamment prendre connaissance des informations qui leur sont transmises sur l'usager [MSSS, 2023].

2.5 Effets des programmes combinant les pratiques à des fins d'amélioration des soins et services en contexte de transition

Plusieurs études ont évalué l'impact de programmes visant l'amélioration des soins et services en contexte de transition, plus spécifiquement lors d'une visite ou d'un séjour à l'hôpital. Ces programmes reposent sur les pratiques exemplaires, telles que l'évaluation des besoins de la personne usagère à l'admission et la planification conséquente des soins et des services (autant à l'hôpital qu'après la sortie). Ils s'appuient également sur l'implication d'une personne responsable d'assurer la coordination, notamment de la mise en œuvre des soins et services convenus.

Les analyses réalisées par l'équipe de projet ont montré que ces programmes pouvaient :

- augmenter la proportion de personnes vivant avec un TNCM qui rencontrent un médecin de famille dans les 14 jours suivant la sortie de l'hôpital⁴;
- diminuer la proportion de personnes usagères qui :
 - visitent à nouveau l'urgence⁵ dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital;
 - sont à nouveau hospitalisées dans les 30 jours⁶ et dans les 180 jours⁷ suivant le congé de l'hôpital.

Ces programmes semblent aussi avoir comme effets favorables :

- la réduction de la durée des hospitalisations lors d'un séjour à l'hôpital⁸;
- la diminution du nombre moyen de réadmissions hospitalières dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital⁹.

⁴ Rapport de cotes agrégé : 1,21; intervalle de confiance à 95 % : 1,01 à 1,46; I^2 : 0 %; 2 études; 3 244 participants. Voir [Figure H-1](#) (Annexe H).

⁵ Rapport de cotes agrégé : 0,75; intervalle de confiance à 95 % : 0,39 à 1,43; I^2 : 99 %; 3 études; 28 430 participants. Voir [Figure H-2](#) (Annexe H). Une analyse de sensibilité a été réalisée en excluant l'étude de Robinson et ses collaborateurs [2015] (une étude dans laquelle des problèmes relatifs à l'implantation du programme évalué ont été rapportés). L'hétérogénéité statistique associée à cette analyse est réduite à un niveau acceptable (rapport de cotes agrégé : 0,57; intervalle de confiance à 95 % : 0,41 à 0,79; I^2 : 64 %; 2 études; 9 273 participants).

⁶ Rapport de cotes agrégé : 0,61; intervalle de confiance à 95 % : 0,30 à 1,25; I^2 : 87 %; 3 études; 9 404 participants. Voir [Figure H-3](#) (Annexe H).

⁷ Rapport de cotes agrégé : 0,57; intervalle de confiance à 95 % : 0,53 à 0,65; I^2 : 0 %; 2 études; 8 395 participants. Voir [Figure H-4](#) (Annexe H).

⁸ Différence de moyennes agrégée : -2,31 jours; intervalle de confiance à 95 % : -3,93 à -0,68 jours; I^2 : 0 %; 2 études; 2 366 participants. Voir [Figure H-5](#) (Annexe H).

⁹ Différence de moyennes agrégée : -0,19; intervalle de confiance à 95 % : -0,44 à 0,07; I^2 : 0 %; 2 études; 2366 participants. Voir [Figure H-6](#) (Annexe H).

Ces analyses témoignent de la pertinence de combiner et mettre en œuvre les pratiques exemplaires, incluant celles relatives à la coordination et à la planification, pour assurer la continuité des soins et des services en contexte de transition. La littérature rapporte d'ailleurs des bénéfices sur le plan de la capacité fonctionnelle des usagers [Parker *et al.*, 2020; Ma *et al.*, 2019; Hirschman et Hodgson, 2018; Sendall *et al.*, 2017] et de leur qualité de vie [Samus *et al.*, 2014; Wee *et al.*, 2014], lorsque les pratiques exemplaires sont combinées dans un programme. Pour les PPA, une amélioration de la qualité de vie [Sawan *et al.*, 2021; Samus *et al.*, 2014] et une diminution du fardeau et des symptômes anxieux et dépressifs peuvent aussi être observées [Sawan *et al.*, 2021; Pritchard *et al.*, 2020].

3 FACILITATEURS À L'IMPLANTATION

Certains facilitateurs peuvent favoriser l'implantation des pratiques exemplaires. Un premier facilitateur concerne la formation de l'ensemble des professionnels et intervenants jouant un rôle dans les transitions. La littérature rapporte l'importance d'inclure dans la formation un module sur la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD), très prévalents chez les personnes vivant avec un trouble cognitif [MSSS, 2014; IPA, 2012]. La participation des professionnels et intervenants à de telles formations génère différentes retombées positives, incluant une amélioration des connaissances [Taylor *et al.*, 2019; Lathia *et al.*, 2015], une meilleure communication entre eux [Noguchi-Watanabe *et al.*, 2019] ainsi qu'une plus grande capacité d'empathie à l'égard des usagers et des PPA [Liaw *et al.*, 2022]. Les usagers qui reçoivent les soins et services de professionnels et intervenants formés se sentent en outre mieux préparés à la transition que ceux qui reçoivent les soins habituels [Toles *et al.*, 2017]. Dans les milieux de travail, la formation des différents professionnels et intervenants est facilitée lorsque cet aspect est priorisé par l'organisation [McNeil *et al.*, 2016], ou lorsque des modules de formation sur la gestion des TNCM ou sur les transitions sont disponibles en ligne [Naylor *et al.*, 2014; Bradway *et al.*, 2012].

Un deuxième facilitateur concerne l'élaboration de systèmes de gestion et de partage d'informations, tels qu'un dossier de santé électronique commun [Braz *et al.*, 2020; Nurjono *et al.*, 2019; Kuipers *et al.*, 2011]. De tels systèmes permettent un accès efficace et simple aux données, et ainsi de concevoir des méthodes d'audit de la qualité. Ils doivent assurer la liaison entre les différentes organisations (p. ex. GMF et SAD), et être adaptés et mis à jour en fonction des besoins des professionnels et intervenants sur le terrain [Couturier et Belzile, 2018]. Ces systèmes peuvent permettre aux acteurs d'accéder facilement aux résultats des outils cliniques d'évaluation et aux plans de soins et services [Couturier *et al.*, 2016]. Dans le but d'améliorer les échanges d'information et de favoriser la collaboration, le MSSS prépare la mise en place d'un dossier de santé numérique provincial unique, accessible non seulement à tous les professionnels et intervenants, mais aussi à l'utilisateur [MSSS, 2022b].

Enfin, les gestionnaires des établissements du RSSS (et autres partenaires du territoire) doivent mettre en œuvre des processus d'amélioration continue de la qualité en matière de soins et services en contexte de transition, pour soutenir les professionnels et intervenants dans l'application des pratiques exemplaires. Parmi les stratégies d'amélioration continue, notons l'identification régulière des besoins ainsi que des barrières et des facilitateurs à la réussite des transitions, facilitée par l'accès aux dossiers des usagers et le partage des données entre les milieux et services [Mockford *et al.*, 2017; WHO, 2016; Arbaje *et al.*, 2014]. Une autre stratégie concerne le développement ou l'identification d'indicateurs qui permettent d'évaluer la qualité des pratiques de transition ainsi que leur effet sur différentes variables, comme les réadmissions hospitalières. Cela encourage le développement d'une culture d'excellence en matière de transition [Dolu *et al.*, 2021; Sheikh *et al.*, 2018; Jeffs *et al.*, 2017; Fitzgerald *et al.*, 2011]. D'autres indicateurs pourraient également être pertinents, tels que l'accès aux services

de SAD, le suivi après une hospitalisation par un médecin de famille ou un infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne ou auprès des personnes âgées, et le délai d'accès aux soins et services. Des travaux de l'INESSS récemment publiés permettent déjà de brosser un portrait des transitions et du parcours des aînés vivant dans la communauté avec un TNCM au Québec et de nourrir la réflexion sur l'amélioration des pratiques, notamment pour minimiser les variations interrégionales et favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible [INESSS, 2023b].

Peu importe les stratégies d'amélioration continue mises en place dans les divers milieux, un leadership fort au sein des organisations et du réseau de la santé et des services sociaux permet (i) d'établir un alignement stratégique en matière de transition; (ii) de clarifier le partage des responsabilités liées à la transition parmi les professionnels et intervenants offrant des soins et services; (iii) de recommander que chaque organisation partenaire en santé et services sociaux établisse un mécanisme qui contribuera à assurer l'obtention de l'engagement des divers acteurs; (iv) d'assurer une surveillance de la mise en œuvre de pratiques communes en transition (comme un groupe de travail); (v) et d'assurer un investissement adéquat dans les infrastructures afin de garantir des soins de qualité pour les usagers âgés ayant des besoins chroniques complexes [Jefferis *et al.*, 2017; HQO, 2013].

Globalement, l'implantation des pratiques exemplaires sera optimisée si les différents acteurs prévoient et lèvent les barrières, de même que s'ils tirent profit des facilitateurs relevés dans ce document et les mettent en parallèle avec ceux cités dans le Plan Alzheimer du Québec et d'autres initiatives déjà en place dans le réseau [Guillette *et al.*, 2019].

4 FORCES ET LIMITES

La revue de littérature a permis de constituer un corpus d'analyse riche et représentatif, à partir d'un grand nombre de documents portant sur les personnes vivant avec des besoins complexes, incluant celles ayant un TNCM. Le tiers des documents recensés sont issus de la littérature québécoise, ce qui permet une certaine transférabilité des résultats au contexte québécois. De plus, la réalisation du guide de pratique, en collaboration avec le comité consultatif, le groupe de PPA, le panel des usagers et des proches ainsi que des futurs utilisateurs a permis d'adapter les pratiques recommandées en tenant compte du contexte québécois, notamment des structures existantes (GMF, RPA) et des ressources et services disponibles pour les usagers et les PPA au Québec. Les consultations ont également permis de tenir compte des réalités propres aux différents professionnels et intervenants, et de rendre les pratiques recommandées plus opérationnelles et soutenues par divers outils. Enfin, notons la réalisation de la méta-analyse, qui témoigne de la pertinence des pratiques exemplaires recommandées, précisément lorsque celles-ci sont combinées. Malgré ces forces, la simplification de certaines étapes associée à la réalisation d'une revue rapide de la littérature a pu engendrer l'exclusion de quelques publications. Il convient aussi de reconnaître que les transitions portant spécifiquement sur le déplacement des personnes usagères depuis ou vers les services hospitaliers psychiatriques et les soins palliatifs n'ont pas été explorées, en raison de leurs spécificités organisationnelles. Ainsi, certaines pratiques exemplaires répertoriées pourraient ne pas s'appliquer dans ce contexte spécifique de soins et de services de transition. Enfin, les études recensées portaient essentiellement sur des populations d'usagers ayant le soutien d'une ou de plusieurs PPA, de sorte que la transposition des recommandations de pratique peut présenter quelques limites en ce qui concerne les personnes sans PPA, qui sont en situation de plus grande vulnérabilité.

CONCLUSION

De plus en plus d'aînés vivent avec un trouble neurocognitif majeur dans la communauté. Ces personnes sont non seulement fragilisées sur le plan cognitif, mais aussi appelées, avec leurs PPA, à collaborer avec plusieurs intervenants et professionnels rattachés à diverses équipes et organismes dans le cadre de leur parcours de soins. Ce rapport met en lumière les pratiques exemplaires répertoriées pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un TNCM et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition. Il peut être utilisé dans le cadre des démarches d'amélioration continue. Il s'appuie sur les données récentes et oriente les pratiques vers une offre de soins et de services optimale pour la clientèle. Enfin, il s'inscrit dans une démarche d'efforts concertés au Québec pour développer les connaissances et améliorer les soins et les services donnés aux personnes vivant avec un TNCM.

RÉFÉRENCES

- Aaltonen M, Rissanen P, Forma L, Raitanen J, Jylha M. The impact of dementia on care transitions during the last two years of life. *Age Ageing* 2012;41(1):52-7.
- Afram B, Verbeek H, Bleijlevens MH, Hamers JP. Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies. *Int Psychogeriatr* 2015;27(6):891-902.
- Agrément Canada. La sécurité dans les organismes de soins de santé canadiens : regard sur les points de transition des soins et les pratiques organisationnelles requises. Ottawa, ON : Agrément Canada; 2013. Disponible à : https://kipdf.com/canadian-health-accreditation-report_5a6be9267f8b9a0c568b4624.html.
- Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014;14:346.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015.
- Arbaje AI, Kansagara DL, Salanitro AH, Englander HL, Kripalani S, Jencks SF, Lindquist LA. Regardless of age: Incorporating principles from geriatric medicine to improve care transitions for patients with complex needs. *J Gen Intern Med* 2014;29(6):932-9.
- Arsenault-Lapierre G, Godard-Sebillotte C, Sourial N, Couturier Y, Bouchard P, Rojas Rozo L, Pilon C, Bergman H, Vedel I. Le Plan Alzheimer québécois, un plan basé sur les soins primaires. *Santé publique* 2020;32(4):375-80.
- Ashbourne J, Boscart V, Meyer S, Tong CE, Stolee P. Health care transitions for persons living with dementia and their caregivers. *BMC geriatr* 2021;21(1):285.
- Bailey JE, Surbhi S, Wan JY, Munshi KD, Waters TM, Binkley BL, Ugwueke MO, Graetz I. Effect of Intensive Interdisciplinary Transitional Care for High-Need, High-Cost Patients on Quality, Outcomes, and Costs: a Quasi-Experimental Study. *J Gen Intern Med* 2019;34(9):1815-24.
- Balaban RB, Galbraith AA, Burns ME, Vialle-Valentin CE, Larochelle MR, Ross-Degnan D. A Patient Navigator Intervention to Reduce Hospital Readmissions among High-Risk Safety-Net Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2015;30(7):907-15.
- Baldonado A, Hawk O, Ormiston T, Nelson D. Transitional care management in the outpatient setting. *BMJ Qual Improv Rep* 2017;6(1)
- Bauer M, Fitzgerald L, Koch S. Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement. *J Healthc Qual* 2011;33(6):9-16.

- Bazinet A, Boudreau C, Charbonneau M. La collaboration interorganisationnelle : Conditions, retombées et perspectives en contexte public. Canada : 2021.
- Bogaitsky M et Dezieck L. Early hospital readmission of nursing home residents and community-dwelling elderly adults discharged from the geriatrics service of an urban teaching hospital: patterns and risk factors. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(3):548-52.
- Bradway C, Trotta R, Bixby MB, McPartland E, Wollman MC, Kapustka H, McCauley K, Naylor MD. A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *Gerontologist* 2012;52(3):394-407.
- Braz P, Vila V, Neves HCC. Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review. *Rev Bras Enferm* 2020;73Suppl 5(Suppl 5):e20190506.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L, Consortium ANS. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42.
- Bunn F, Burn AM, Robinson L, Poole M, Rait G, Brayne C, Schoeman J, Norton S, Goodman C. Healthcare organisation and delivery for people with dementia and comorbidity: a qualitative study exploring the views of patients, carers and professionals. *BMJ Open* 2017;7(1):e013067.
- Carrier S. Les pratiques de coordination en gestion de cas dans le secteur du soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, une analyse conventionnaliste. *La Revue canadienne du vieillissement* 2013;32(3):260-9.
- Carrier S, Morin P, Garon S. L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Intervention* 2012;2:47-56.
- Cavaliere R. Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) éd. Montréal : 2015.
- Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):549-55.
- Coleman EA et Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004;141(7):533-6.
- Coleman EA, Boulton C, American Geriatrics Society Health Care Systems C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):556-7.
- Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166(17):1822-8.

- Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 2005;165(16):1842-7.
- Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2009. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>.
- Cossette B, Ricard G, Poirier R, Gosselin S, Langlois MF, Imbeault P, Breton M, Couturier Y, Sirois C, Lessard-Beaudoin M, Rodrigue C, Teasdale J, Turcotte JP, Mallet L. Pharmacist-led transitions of care between hospitals, primary care clinics, and community pharmacies. *J Am Geriatr Soc* 2022;70(3):766-76.
- Couture M, Sasseville M, Gascon V. Facilitators and Barriers to Implementing Transitional Care Managers Within a Public Health Care System. *J Gerontol Soc Work* 2016;59(4):364-77.
- Couturier Y et Belzile L. La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal; 2018.
- Couturier Y, Bonin L, Belzile L. L'intégration des services en santé : Une approche populationnelle. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal; 2016.
- Couturier Y, Gagnon D, Belzile L. La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas. *Éducation et sociétés* 2013;32(2):109-22.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Qualitative checklist. 2018.
- Daiello LA, Gardner R, Epstein-Lubow G, Butterfield K, Gravenstein S. Association of dementia with early rehospitalization among Medicare beneficiaries. *Archives of gerontology and geriatrics* 2014;59(1):162-8.
- Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. *Cochrane; Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 63 (update February 2022)* 2022.
- Deeks LS, Cooper GM, Draper B, Kurrle S, Gibson DM. Dementia, medication and transitions of care. *Res Social Adm Pharm* 2016;12(3):450-60.
- Demers L et Pelchat Y. Le réseau intégré de services aux aînés en perte d'autonomie des Bois-Francs : une innovation mise à l'épreuve. *Recherches sociographiques* 2013;54(1):59-83.
- DerSimonian R et Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Control Clin Trials* 1986;7(3):177-88.
- Dolu I, Naharci MI, Logan PA, Paal P, Vaismoradi M. Transitional 'hospital to home' care of older patients: healthcare professionals' perspectives. *Scand J Caring Sci* 2021;35(3):871-80.
- Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions: a systematic review of best practices. *J Nurs Care Qual* 2015;30(3):233-9.

- Fitzgerald LR, Bauer M, Koch SH, King SJ. Hospital discharge: recommendations for performance improvement for family carers of people with dementia. *Aust Health Rev* 2011;35(3):364-70.
- Fogg C, Meredith P, Culliford D, Bridges J, Spice C, Griffiths P. Cognitive impairment is independently associated with mortality, extended hospital stays and early readmission of older people with emergency hospital admissions: A retrospective cohort study. *Int J Nurs Stud* 2019;96:1-8.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada, recommandations et synthèse pour politiques. Ottawa : 2006.
- Gettel CJ, Falvey JR, Gifford A, Hoang L, Christensen LA, Hwang U, Shah MN, Network GA. Emergency Department Care Transitions for Patients With Cognitive Impairment: A Scoping Review. *J Am Med Dir Assoc* 2022;23(8):1313 e1- e13.
- Gettel CJ, Voils CI, Bristol AA, Richardson LD, Hogan TM, Brody AA, Gladney MN, Suyama J, Ragsdale LC, Binkley CL, Morano CL, Seidenfeld J, Hammouda N, Ko KJ, Hwang U, Hastings SN. Care transitions and social needs: A Geriatric Emergency care Applied Research (GEAR) Network scoping review and consensus statement. *Acad Emerg Med* 2021;28(12):1430-9.
- Graham JR et Barter K. Collaboration: A Social Work Practice Method. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 2018;80(1):6-13.
- Grenier A, Viscogliosi C, Delli-Colli N, Mortenson WB, Macleod H, Lemieux-Courchesne AC, Provencher V. The performance assessment of self-care skills to predict adverse events post-discharge. *Can J Occup Ther* 2022;89(2):190-200.
- Greysen SR, Hoi-Cheung D, Garcia V, Kessell E, Sarkar U, Goldman L, Schneidermann M, Critchfield J, Pierluissi E, Kushel M. "Missing pieces"--functional, social, and environmental barriers to recovery for vulnerable older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(8):1556-61.
- Guillette M, Couturier Y, Moreau O, Gagnon D, Bergman H, Vedel I. Gouvernance et accompagnement du changement : le cas de la phase expérimentale du Plan Alzheimer du Québec. *Innovations* 2019;60(3):145-68.
- Hall KK, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, Costar D, Gale B, Schiff G, Miller K. Making healthcare safer III: a critical analysis of existing and emerging patient safety practices. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.
- Health Quality Ontario (HQO). Normes de qualité: Transitions entre l'hôpital et la maison. Soins aux personnes de tous âges [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2019. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-draft-quality-standard-fr.pdf>.

- Health Quality Ontario (HQO). Adopting a common approach to transitional care planning: helping health links improve transitions and coordination of care [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2013. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-traditional-care-planning-en.pdf>.
- Hébert R. Les soins et services aux personnes âgées au Québec. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) 2022;N° 31(1):62-8.
- Hirschman KB et Hodgson NA. Evidence-Based Interventions for Transitions in Care for Individuals Living With Dementia. Gerontologist 2018;58(suppl_1):S129-S40.
- Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. Online J Issues Nurs 2015;20(3):1.
- Hong QN, Gonzalez-Reyes A, Pluye P. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). J Eval Clin Pract 2018;24(3):459-67.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2016. Disponible à : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/acuteinpatientalc-definitionsandguidelines_fr.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Lignes directrices de revues rapides. Rédigé par Hervé Tchala Vignon Zomahoun et Quan Nha Hong. Québec, Qc 2023 :a.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait sommaire des indicateurs en transitions de soins et services des aînés vivant dans la communauté avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) au Québec. État des pratiques rédigé par El Kebir Ghandour, Jean-Luc Kaboré, Nolwenn Lapierre, Élodie Traverse. Québec, QC : INESSS; 2023b.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles neurocognitifs majeurs : prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments de 2000 à 2019. Rapport rédigé par Claire Godard-Sebillote, Mary Henein, Isabelle Vedel, Edeltraut Kröger, Louis Rochette, Victoria Massamba. Montréal, Québec 2023 :.
- International Psychogeriatric Association (IPA). Complete guide to behavioral and psychological symptoms of dementia. Specialists guide. Northfield, IL : IPA; 2012.
- Jeffs L, Kuluski K, Law M, Saragosa M, Espin S, Ferris E, Merkley J, Dusek B, Kastner M, Bell CM. Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. Worldviews Evid Based Nurs 2017;14(2):136-44.
- Kable A, Chenoweth L, Pond D, Hullick C. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. BMC Health Serv Res 2015;15:567.

- Kahn JM et Angus DC. Going home on the right medications: prescription errors and transitions of care. *JAMA* 2011;306(8):878-9.
- Kim A. The Montreal Cognitive Test Intervention: The Relationship Between Cognitive-Impaired Patients and Readmissions. *Professional case management* 2020;25(2):85-91.
- Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D, Kendall M, Kuipers K, Muenchberger H, Brownie S. Complexity and health care: Health practitioner workforce, services, roles, skills and training to respond to patients with complex needs. *Clinical Education and Training Queensland, Queensland Health*; 2011.
- Lathia A, Rothberg M, Heflin M, Nottingham K, Messinger-Rapport B. Effect of a Novel Interdisciplinary Teaching Program in the Care-continuum on Medical Student Knowledge and Self-Efficacy. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(10):848-54.
- Latulippe K, Guay M, Giguère A, Provencher V, Sévigny A, Poulin V, Dubé V, Éthier S, Carignan M, Giroux D. Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs : Perception par les proches aidants de leur processus de recherche d'aide. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2019;67(1):43-9.
- Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work* 2012;41 Suppl 1:2915-24.
- Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Gueriton M, Vedel I. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(7):1597-608.
- Liaw FY, Chang YW, Chang YD, Shih LW, Tsai PF. Using drawing and situated learning to teach transitional care to post-graduate residents. *BMC Med Educ* 2022;22(1):687.
- Long P, Abrams M, Milstein A, Anderson G, Apton K, Dahlberg M, Whicher D. Effective care for high-need patients. Washington, DC: National Academy of Medicine 2017;
- Ma C, Bao S, Dull P, Wu B, Yu F. Hospital readmission in persons with dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;34(8):1170-84.
- Manias E, Bucknall T, Hughes C, Jorm C, Woodward-Kron R. Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC geriatr* 2019;19(1):95.
- McCusker J, Lambert SD, Yaffe MJ, Cole MG, Hidalgo M, Amir E, de Raad M, Belzile E. Pilot Study of a Transitional Intervention for Family Caregivers of Older Adults. *Can J Aging* 2019;38(2):210-21.
- McNeil D, Strasser R, Lightfoot N, Pong R. A "Simple" Evidence-Based Intervention to Improve Care Transitions for Frail Patients with Complex Health Conditions: Why Didn't It Work as Expected? *Healthc Q* 2016;19(2):67-72.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2023. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-08W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs. Phase 3 [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2022a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003346/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan de modernisation technologique 2022-2025 : Pour un système de santé et de services sociaux plus humain et performant, transformé par le numérique [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2022b. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/sommaire-chantiers-modernisation.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2021. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2018. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Guide de mise en œuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS : seconde phase des travaux, 2016 à 2019. [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2017. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-829-01W_Guide_pratiques_cliniques_complet_BR.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2014. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2011. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>.
- Mockford C, Seers K, Murray M, Oyebode J, Clarke R, Staniszewska S, Suleman R, Boex S, Diment Y, Grant R, Leach J, Sharma U. The development of service user-led recommendations for health and social care services on leaving hospital with memory loss or dementia - the SHARED study. *Health Expect* 2017;20(3):495-507.

- Moralejo D, Ogunremi T, Dunn K. Trousse d'outils de l'évaluation critique pour l'évaluation de plusieurs types de données probantes. *RMTC* 2017;43:9.
- Muller C, Lautenschlager S, Meyer G, Stephan A. Interventions to support people with dementia and their caregivers during the transition from home care to nursing home care: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2017;71:139-52.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [site Web]. National Institute for Health and Care Excellence. London, UK : NICE; 2018. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [site Web]. London, UK : NICE; 2015. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877>.
- Naylor M et Keating SA. Transitional care. *Am J Nurs* 2008;108(9 Suppl):58-63; quiz
- Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, Bowles KH, Bradway C, McCauley KM, Pauly MV. Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res* 2014;3(3):245-57.
- Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, Abdoli A, Abualhasan A, Abu-Gharbieh E, Akram TT. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health* 2022;7(2):e105-e25.
- Noguchi-Watanabe M, Maruyama-Sakurai K, Yamamoto-Mitani N, Matsumoto Y, Yoshie S, Iijima K, Yamanaka T, Akishita M. Community-based program promotes interprofessional collaboration among home healthcare professionals: A non-randomized controlled study. *Geriatr Gerontol Int* 2019;19(7):660-6.
- Nurjono M, Shrestha P, Ang IYH, Shiraz F, Yoong JS, Toh SES, Vrijhoef HJM. Implementation fidelity of a strategy to integrate service delivery: learnings from a transitional care program for individuals with complex needs in Singapore. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):177.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les infirmières et infirmiers : des professionnels essentiels au maintien des aînés à domicile [site Web]. Montréal, QC : OIIQ; 2023. Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3547-memoire-plan-action-vieillir-ensemble-web.pdf/befe687c-bd03-4940-0c9e-1dc556dccbea>.
- Parker KJ, Hickman LD, Phillips JL, Ferguson C. Interventions to optimise transitional care coordination for older people living with dementia and concomitant multimorbidity and their caregivers: A systematic review. *Contemp Nurse* 2020;56(5-6):505-33.

- Pauly MV, Hirschman KB, Hanlon AL, Huang L, Bowles KH, Bradway C, McCauley K, Naylor MD. Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res* 2018;7(9):913-22.
- Pépin M-É, Guillette M, Belzile L, Couturier Y. Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces. *Intervention* 2021;153:19-29.
- Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, Débarges B, Clavel N, Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique* 2015;27(1):41-50.
- Poulin V, Mailhot-Bisson D, Turcotte-Brousseau A-A. Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie. *Soins d'urgence* 2021;2(2):35-44.
- Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013;9(1):63-75 e2.
- Pritchard E, Cussen A, Delafosse V, Swift M, Jolliffe L, Yeates H. Interventions supporting caregiver readiness when caring for patients with dementia following discharge home: A mixed-methods systematic review. *Australas J Ageing* 2020;39(3):e239-e50.
- Provencher V, D'Amours M, Viscogliosi C, Guay M, Giroux D, Dubé V, Delli-Colli N, Corriveau H, Egan M. Risks perceived by frail male patients, family caregivers and clinicians in hospital: do they change after discharge? A multiple case study. *Int J Integr Care* 2019;19(1):4.
- Ray CA, Ingram V, Cohen-Mansfield J. Systematic review of planned care transitions for persons with dementia. *Neurodegener Dis Manag* 2015;5(4):317-31.
- Roberts SR, Crigler J, Ramirez C, Sisco D, Early GL. Working With Socially and Medically Complex Patients: When Care Transitions Are Circular, Overlapping, and Continual Rather Than Linear and Finite. *J Healthc Qual* 2015;37(4):245-65.
- Robinson TE, Zhou L, Kerse N, Scott JD, Christiansen JP, Holland K, Armstrong DE, Bramley D. Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults. *Australas J Ageing* 2015;34(4):269-74.
- Rondeau-Boulanger É et Drolet M-J. Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline* 2016;(5):1-21.
- Sakata N, Okumura Y, Fushimi K, Nakanishi M, Ogawa A. Dementia and Risk of 30-Day Readmission in Older Adults After Discharge from Acute Care Hospitals. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(5):871-8.

- Samus QM, Johnston D, Black BS, Hess E, Lyman C, Vavilikolanu A, Pollutra J, Leoutsakos JM, Gitlin LN, Rabins PV, Lyketsos CG. A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22(4):398-414.
- Sanatinia R, Crawford MJ, Quirk A, Hood C, Gordon F, Crome P, Staniszevska S, Zafarani G, Hammond S, Burns A, Seers K. Identifying features associated with higher-quality hospital care and shorter length of admission for people with dementia: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research* 2020;8:1-92.
- Sawan MJ, Wennekers D, Sakiris M, Gnjdic D. Interventions at Hospital Discharge to Guide Caregivers in Medication Management for People Living with Dementia: a Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2021;36(5):1371-9.
- Sendall M, McCosker L, Crossley K, Bonner A. A structured review of chronic care model components supporting transition between healthcare service delivery types for older people with multiple chronic diseases. *Health Inf Manag* 2017;46(2):58-68.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *bmj* 2017;358
- Sheikh F, Gathecha E, Bellantoni M, Christmas C, Lafreniere JP, Arbaje AI. A Call to Bridge Across Silos during Care Transitions. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2018;44(5):270-8.
- Taylor H, Englin EF, Gubbins PO. Development, implementation and perceived benefits of student pharmacist learning experiences in transitions of care. *Curr Pharm Teach Learn* 2019;11(10):1041-8.
- Toles M, Colon-Emeric C, Naylor MD, Asafu-Adjei J, Hanson LC. Connect-Home: Transitional Care of Skilled Nursing Facility Patients and their Caregivers. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(10):2322-8.
- Tomura H, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, Murashima S, Suzuki S. Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *J Clin Nurs* 2011;20(3-4):444-53.
- Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000;160(19):2964-8.
- Villars H, Dupuy C, Soler P, Gardette V, Soto ME, Gillette S, Nourhashemi F, Vellas B. A follow-up intervention in severely demented patients after discharge from a special Alzheimer acute care unit: impact on early emergency room re-hospitalization rate. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(11):1131-40.
- Wee SL, Loke CK, Liang C, Ganesan G, Wong LM, Cheah J. Effectiveness of a national transitional care program in reducing acute care use. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(4):747-53.

- World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. Genève : 2016.
- World Health Organization. Dementia: a public health priority. World Health Organization; 2012.
- Xiang X, Zuverink A, Rosenberg W, Mahmoudi E. Social work-based transitional care intervention for super utilizers of medical care: a retrospective analysis of the bridge model for super utilizers. Soc Work Health Care 2019;58(1):126-41.
- Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, Beadles C, Kravchenko J, Akushevich I, Maciejewski ML. A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. J Gen Intern Med 2016;31(3):329-37.

ANNEXE A

Stratégie de repérage des données

Stratégie de repérage des données issues de la littérature

Base de données scientifiques

MEDLINE (Ovid)	
Date du repérage : 17 et 19 janvier 2022	
Limites : 2011- ; anglais, français	
1	exp Aged/ OR (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))).tw,kf,kw
2	exp Dementia/ OR (dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) ADJ2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*).tw,kf,kw
3	1 OR 2
4	((transition* OR transit OR transfer*) ADJ3 (care OR caring OR clinical OR community OR domiciliary OR health OR healthcare OR home* OR hospital* OR intervention* OR program* OR model\$1 OR protocol* residential*))).ti
5	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ3 (care OR community OR home* OR hospital* OR residential* OR planning OR pathway* OR follow-up* OR protocol* OR social)).ti
6	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ3 (patient* OR service user* OR client* OR individual* OR adult* OR carer* OR caregiver* OR person* OR people*)).ti
7	((readmission* OR readmitted OR re-admission* OR re-admitted) ADJ5 (hospital* OR care OR clinical OR emergency OR ED rate*)).ti
8	(patient* AND (hand-off* OR handoff* OR hand-over* OR handover* OR sign out* OR signout* OR sign over* OR signover*)).ti
9	OR/4-8
10	(geriatr* OR gerontol* OR nurse* OR nursing OR emergency OR age OR ageing OR aging).jw
11	3 AND 9 AND 10
12	((coordinat* OR continu*) ADJ3 care).tw,hw,kf,kw
13	3 AND 9 AND 12
14	Continuity of Patient Care/
15	Patient Transfer/ OR Patient Discharge/ OR Patient Safety/ OR Patient Readmission/
16	(1 OR 10) AND 9 AND 14 AND 15
17	11 OR 13 OR 16
18	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*).ti
19	17 NOT 18

Embase (Ovid)	
Date du repérage : 17 janvier 2022	
Limites : 2011- ; anglais, français	
1	exp Aged/ OR (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))).tw,kf,kw
2	exp Dementia/ OR (dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) ADJ2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*).tw,kf,kw
3	1 OR 2
4	((transition* OR transit OR transfer*) ADJ2 (care OR caring OR clinical OR community OR domiciliary OR health OR healthcare OR home* OR hospital* OR intervention* OR program* OR model\$1 OR protocol* residential*))).ti
5	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ2 (care OR community OR home* OR hospital* OR residential* OR planning OR pathway* OR follow-up* OR protocol* OR social)).ti

6	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ2 (patient* OR service user* OR client* OR individual* OR adult* OR carer* OR caregiver* OR person* OR people*)),ti
7	((readmission* OR readmitted OR re-admission* OR re-admitted) ADJ5 (hospital* OR care OR clinical OR emergency OR ED rate*)),ti
8	(patient* AND (hand-off* OR handoff* OR hand-over* OR handover* OR sign out* OR signout* OR sign over* OR signover*)),ti
9	OR/4-8
10	(geriatr* OR gerontol* OR nurse* OR nursing OR emergency OR age OR ageing OR aging).jx
11	3 AND 9 AND 10
12	((coordinat* OR continu*) ADJ2 care).tw,hw,kf,kw
13	3 AND 9 AND 12
14	((coordinat* OR continu*) ADJ2 care).ti
15	3 AND 10 AND 14
16	11 OR 13 OR 15
17	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*).ti
18	limit 17 to exclude medline journals
19	limit 17 to embase
20	18 OR 19

PsycINFO (Ovid)

Date du repérage : 18 janvier 2022

Limites : 2011- ; anglais, français

1	exp Aging/ OR Elder Care/ OR (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))),ti,ab
2	exp Dementia/ OR Alzheimer's Disease/ OR (dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) ADJ2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*).ti,ab
3	1 OR 2
4	((((transition* OR transit OR transfer*) ADJ2 (care OR caring OR clinical OR community OR domiciliary OR health OR healthcare OR home* OR hospital* OR intervention* OR program* OR model\$1 OR protocol* residential*))),ti
5	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ2 (care OR community OR home* OR hospital* OR residential* OR planning OR pathway* OR follow-up* OR protocol* OR social)).ti
6	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ2 (patient* OR service user* OR client* OR individual* OR adult* OR carer* OR caregiver* OR person* OR people*)),ti
7	((readmission* OR readmitted OR re-admission* OR re-admitted) ADJ5 (hospital* OR care OR clinical OR emergency OR ED rate*)),ti
8	(patient* AND (hand-off* OR handoff* OR hand-over* OR handover* OR sign out* OR signout* OR sign over* OR signover*)),ti
9	OR/4-8
10	3 AND 9
11	((coordinat* OR continu*) ADJ2 care).ti,ab,hw
12	Client Transfer/ OR Hospital Discharge/ OR Patient Safety/ OR Patient Readmission/
13	3 AND 11 AND 12
14	10 OR 13
15	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*).ti
16	14 NOT 15

EBM Reviews (Ovid): Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database

Date du repérage : 17 janvier 2022

Limites : 2011- ; anglais, français

1	(ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))),ti,ab
2	(dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) ADJ2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*).ti,ab

3	1 OR 2
4	((transition* OR transit OR transfer*) ADJ2 (care OR caring OR clinical OR community OR domiciliary OR health OR healthcare OR home* OR hospital* OR intervention* OR program* OR model OR models OR protocol* residential*)))ti
5	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ2 (care OR community OR home* OR hospital* OR residential* OR planning OR pathway* OR follow-up* OR protocol* OR social))ti
6	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ2 (patient* OR service user* OR client* OR individual* OR adult* OR carer* OR caregiver* OR person* OR people*))ti
7	((readmission* OR readmitted OR re-admission* OR re-admitted) ADJ5 (hospital* OR care OR clinical OR emergency OR ED rate*))ti
8	(patient* AND (hand-off* OR handoff* OR hand-over* OR handover* OR sign out* OR signout* OR sign over* OR signover*))ti
9	((coordinat* OR continu*) ADJ2 care).ti,ab
10	OR/4-9
11	3 AND 10

CINAHL Complete (EBSCO)	
Date du repérage : 18 janvier 2022	
Limites : 2011- ; anglais, français	
S1	TI (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))) OR AB (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women)))
S2	TI (dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) N2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*) OR AB (dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) N2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*))
S3	S1 OR S2
S4	TI (((transition* OR transit OR transfer*) N2 (care OR caring OR clinical OR community OR domiciliary OR health OR healthcare OR home* OR hospital* OR intervention* OR program* OR model OR models OR protocol* residential*)))
S5	TI ((discharg* OR return* OR leav*) N2 (care OR community OR home* OR hospital* OR residential* OR planning OR pathway* OR follow-up* OR protocol* OR social))
S6	TI ((discharg* OR return* OR leav*) N2 (patient* OR "service user*" OR client* OR individual* OR adult* OR carer* OR caregiver* OR person* OR people*))
S7	TI ((readmission* OR readmitted OR re-admission* OR re-admitted) ADJ5 (hospital* OR care OR clinical OR emergency OR ED rate*))
S8	TI (patient* AND (hand-off* OR handoff* OR hand-over* OR handover* OR "sign out*" OR signout* OR sign over* OR signover*))
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	TX ((coordinat* OR continu*) N2 care)
S11	S3 AND S9 AND S10
S12	TI (child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*).ti
S13	S11 NOT S13

Littérature grise

Les différents sites Internet des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé et des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux suivants ont été consultés dans le cadre de notre stratégie de repérage de l'information (en ordre alphabétique) :

Association des médecins gériatres du Québec	https://amgq.ca/
Association médicale canadienne	https://www.cma.ca
Association québécoise de gérontologie	https://www.aqq-quebec.org/
Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health (CADTH)	https://www.cadth.ca
Fédération québécoise des sociétés d'Alzheimer	https://alzheimer.ca/fr/federationquebecoise
Haute Autorité de Santé (HAS)	https://www.has-sante.fr
Health Quality Council	https://www.saskhealthquality.ca
Health Quality Ontario (HQP)	https://www.hqontario.ca
Institut canadien d'information sur la santé (CIHI)	www.icis.ca
International Association of Gerontology and Geriatrics	https://www.iagg.info/
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	https://www.msss.gouv.qc.ca
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	https://www.nhmrc.gov.au
National Institute on Aging	https://www.nia.nih.gov/
New Zealand Association of Gerontology	http://gerontology.org.nz/
Organisation mondiale de la Santé	https://www.who.int
Société Alzheimer Canada	https://alzheimer.ca
The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	https://www.ahrq.gov/challenges/health-data/index.html
The American Geriatrics Society	https://www.americangeriatrics.org/
The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk
The New Zealand Ministry of Health	https://www.health.govt.nz

Stratégie de repérage de la recherche manuelle de la littérature grise québécoise

Google Scholar

Google Scholar	
Date du repérage : juin 2023 (une veille scientifique a été mise en place jusqu'au 31 octobre 2023)	
Limites : 2011-; anglais, français	
S1	((aîné) AND (transition)), suppress:false
S2	((personnes fragiles) AND (transition)), suppress:false
S3	((personnes perte autonomie) AND (transition)), suppress:false
S4	((personnes besoins complexes) AND (transition)), suppress:false
S5	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (transition)), suppress:false
S6	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (transition)), suppress:false
S7	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (transition)), suppress:false
S8	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (évaluation)), suppress:false
S9	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (planification)), suppress:false
S10	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (coordination)), suppress:false
S11	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (collaboration)), suppress:false
S12	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (médication)), suppress:false
S13	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (partenariat)), suppress:false
S14	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) AND (transition)), suppress:false
S15	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (personnes besoins complexes) AND (transition)), suppress:false
S16	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (personnes besoins complexes) AND (planification)), suppress:false
S17	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (personnes besoins complexes) AND (coordination)), suppress:false
S18	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (personnes besoins complexes) AND (collaboration)), suppress:false
S19	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (personnes besoins complexes) AND (évaluation ou soutien))
S20	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (Troubles neurocognitifs) OR (Alzheimer) OR (personnes besoins complexes) AND (partenariat))
S21	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (évaluation)), suppress:false
S22	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (évaluation)), suppress:false
S23	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (transition)), suppress:false
S24	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (planification))
S25	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (coordination)), suppress:false
S26	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (coordination))

S27	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (collaboration)), suppress:false
S28	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (collaboration))
S29	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (médication)), suppress:false
S30	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (soutien)), suppress:false
S31	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (soutien))
S32	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (partenariat)), suppress:false
S33	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (partenariat))
S34	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) AND (compétences professionnelles)), suppress:false
S35	((aînés) OR (personnes âgées) OR (personnes fragiles) OR (personnes perte autonomie) OR (personnes besoins complexes) AND (compétences professionnelles))

ANNEXE B

Critères d'inclusion et d'exclusion des publications

Tableau B-1 Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés lors de la stratégie de recherche initiale.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Personnes de 65 ans et plus Vivant avec des TNCM ou ayant des besoins chroniques complexes Vivant dans la communauté, incluant les RPA ET/OU Leurs PPA ET/OU Les professionnels et intervenants des différents milieux de soins ou de vie contribuant aux transitions de soins ciblées	Personnes présentant des problèmes de santé aigus sévères (p. ex. accident vasculaire cérébral, défaillances aiguës d'organe) Personnes vivant dans un CHSLD ou un RI-RTF
Intervention ou phénomène d'intérêt	Pratiques en transition des soins depuis ou vers le domicile, incluant les RPA	
Contexte d'intervention	Domicile, incluant les RPA Hôpital/services d'urgence CHSLD, RI-RTF Centres de réadaptation/lits de convalescence et de répit Services de proximité Services ambulatoires spécialisés de 2 ^e et 3 ^e lignes	Niveau de soins alternatif (NSA) ¹⁰ Soins de fin de vie Services de santé mentale (hospitaliers ou communautaires) Transitions intra-hospitalières ou inter-établissements
Autre – date de publication	1 ^{er} janvier 2011 au 31 octobre 2022	
Autre – langue	Français ou anglais	

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée; CLSC : Centre local de services communautaires; GMF : Groupe de médecine de famille; GMF-U : Groupe universitaire de médecine de famille; PPA : Personne proche aidante; RI : Ressources intermédiaires; RPA : Résidence pour personnes âgées; RTF : Ressources de type familial; SAD : Soins à domicile; TNCM : Trouble neurocognitif majeur.

¹⁰ Le terme niveau de soins alternatif (NSA) désigne le statut des patients qui occupent un lit dans l'hôpital, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent [ICIS, 2016].

Tableau B-2 Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés lors de la recherche manuelle complémentaire visant à capter toute littérature pertinente pour le Québec

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Personnes de 65 ans et plus Vivant avec des TNCM ou ayant des besoins chroniques complexes ou fragiles ou vulnérables ou en perte d'autonomie Vivant dans la communauté, incluant les RPA ET/OU Leurs PPA ET/OU Les professionnels et intervenants des différents milieux de soins ou de vie contribuant aux transitions de soins ciblées	Personnes présentant des problèmes de santé aigus sévères (p. ex. accident vasculaire cérébral, défaillances aiguës d'organe) Personnes vivant dans un CHSLD ou un RI-RTF
Intervention ou phénomène d'intérêt	Pratiques en transition des soins depuis ou vers le domicile, incluant les RPA ET/OU Partenariat avec l'usager et les PPA ET/OU Collaboration interprofessionnelle ou interorganisationnelle ET/OU Coordination des soins et des services	
Contexte d'intervention	Domicile, incluant les RPA Hôpital/services d'urgence CHSLD, RI-RTF Centres de réadaptation/lits de convalescence et de répit Services de proximité Services ambulatoires spécialisés de 2^e et 3^e lignes	Niveau de soins alternatif (NSA)¹¹ Soins de fin de vie Services de santé mentale (hospitaliers ou communautaires) Transitions intra-hospitalières ou inter-établissements
Autre – date de publication	1 ^{er} janvier 2011 au 30 juin 2023	
Autre – langue	Français ou anglais	
Lieu de publication	Au Québec ou ailleurs au Canada	

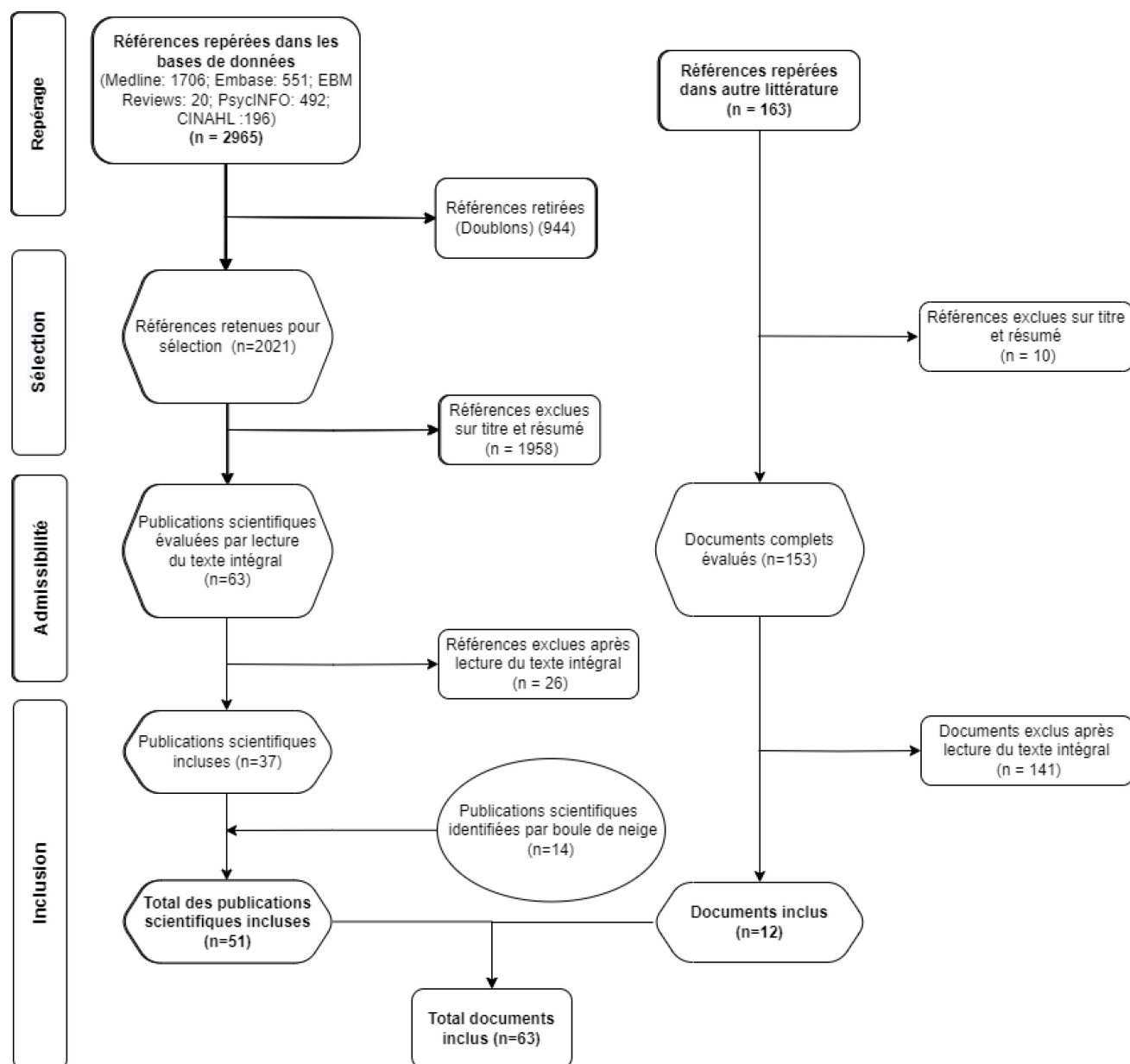
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée; CLSC : Centre local de services communautaires; GMF : Groupe de médecine de famille; GMF-U : Groupe universitaire de médecine de famille; PPA : Personne proche aidante; RI : Ressources intermédiaires; RPA : Résidence pour personnes âgées; RTF : Ressources de type familial; SAD : Soins à domicile; TNCM : Trouble neurocognitif majeur.

¹¹ Le terme niveau de soins alternatif (NSA) désigne le statut des patients qui occupent un lit dans l'hôpital, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent [ICIS, 2016].

ANNEXE C

Diagramme de flux des données

Figure C-1 Diagramme de flux



ANNEXE D

Liste des documents inclus

Littérature scientifique

1. Afram B, Verbeek H, Bleijlevens MH, Hamers JP. Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: A systematic review of qualitative studies. *Int Psychogeriatr* 2015;27(6):891-902.
2. Arbaje AI, Kansagara DL, Salanitro AH, Englander HL, Kripalani S, Jencks SF, Lindquist LA. Regardless of age: Incorporating principles from geriatric medicine to improve care transitions for patients with complex needs. *J Gen Intern Med* 2014;29(6):932-9.
3. Arsenault-Lapierre G, Godard-Sebillotte C, Sourial N, Couturier Y, Bouchard P, Rojas Rozo L, *et al.* Le Plan Alzheimer québécois, un plan basé sur les soins primaires. *Santé publique* 2020;32(4):375-80.
4. Ashbourne J, Boscart V, Meyer S, Tong CE, Stolee P. Health care transitions for persons living with dementia and their caregivers. *BMC geriatr* 2021;21(1):285.
5. Bailey JE, Surbhi S, Wan JY, Munshi KD, Waters TM, Binkley BL, *et al.* Effect of Intensive Interdisciplinary Transitional Care for High-Need, High-Cost Patients on Quality, Outcomes, and Costs: a Quasi-Experimental Study. *J Gen Intern Med* 2019;34(9):1815-24.
6. Balaban RB, Galbraith AA, Burns ME, Vialle-Valentin CE, Larochelle MR, Ross-Degnan D. A Patient Navigator Intervention to Reduce Hospital Readmissions among High-Risk Safety-Net Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2015;30(7):907-15.
7. Baldonado A, Hawk O, Ormiston T, Nelson D. Transitional care management in the outpatient setting. *BMJ qual* 2017;6(1).
8. Bauer M, Fitzgerald L, Koch S. Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement. *J Healthc Qual* 2011;33(6):9-16.
9. Bradway C, Trotta R, Bixby MB, McPartland E, Wollman MC, Kapustka H, *et al.* A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *Gerontologist* 2012;52(3):394-407.
10. Braz P, Vila V, Neves HCC. Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review. *Rev Bras Enferm* 2020;73Suppl 5(Suppl 5):e20190506.
11. Carrier S. Les pratiques de coordination en gestion de cas dans le secteur du soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, une analyse conventionnaliste. *La Revue canadienne du vieillissement* 2013;32(3):260-9.

12. Carrier S, Morin P, Garon S. L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Intervention* 2012;2:47-56.
13. Cossette B, Ricard G, Poirier R, Gosselin S, Langlois MF, Imbeault P, *et al.* Pharmacist-led transitions of care between hospitals, primary care clinics, and community pharmacies. *J Am Geriatr Soc* 2022;70(3):766-76.
14. Couture M, Sasseville M, Gascon V. Facilitators and Barriers to Implementing Transitional Care Managers Within a Public Health Care System. *J Gerontol Soc Work* 2016;59(4):364-77.
15. Couturier Y, Gagnon D, Belzile L. La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas. *Éducation et sociétés* 2013;32(2):109-22.
16. Deeks LS, Cooper GM, Draper B, Kurrle S, Gibson DM. Dementia, medication and transitions of care. *Res Social Adm Pharm* 2016;12(3):450-60.
17. Demers L et Pelchat Y. Le réseau intégré de services aux aînés en perte d'autonomie des Bois-Francs : une innovation mise à l'épreuve. *Recherches sociographiques* 2013;54(1):59-83.
18. Dolu I, Naharci MI, Logan PA, Paal P, Vaismoradi M. Transitional 'hospital to home' care of older patients: healthcare professionals' perspectives. *Scand J Caring Sci* 2021;35(3):871-80.
19. Fitzgerald LR, Bauer M, Koch SH, King SJ. Hospital discharge: recommendations for performance improvement for family carers of people with dementia. *Aust Health Rev* 2011;35(3):364-70.
20. Gettel CJ, Falvey JR, Gifford A, Hoang L, Christensen LA, Hwang U, *et al.* Emergency Department Care Transitions for Patients With Cognitive Impairment: A Scoping Review. *J Am Med Dir Assoc* 2022.
21. Gettel CJ, Voils CI, Bristol AA, Richardson LD, Hogan TM, Brody AA, *et al.* Care transitions and social needs: A Geriatric Emergency care Applied Research (GEAR) Network scoping review and consensus statement. *Acad Emerg Med* 2021;28(12):1430-9.
22. Hébert R. Les soins et services aux personnes âgées au Québec. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)* 2022;N° 31(1):62-8.
23. Hirschman KB et Hodgson NA. Evidence-Based Interventions for Transitions in Care for Individuals Living With Dementia. *Gerontologist* 2018;58(suppl_1):S129-S40.
24. Jeffs L, Kuluski K, Law M, Saragosa M, Espin S, Ferris E, *et al.* Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. *Worldviews Evid Based Nurs* 2017;14(2):136-44.

25. Kable A, Chenoweth L, Pond D, Hullick C. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:567.
26. Latulippe K, Guay M, Giguère A, Provencher V, Sévigny A, Poulin V, *et al.* Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs : Perception par les proches aidants de leur processus de recherche d'aide. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2019;67(1):43-9.
27. Ma C, Bao S, Dull P, Wu B, Yu F. Hospital readmission in persons with dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;34(8):1170-84.
28. Manias E, Bucknall T, Hughes C, Jorm C, Woodward-Kron R. Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC geriatr* 2019;19(1):95.
29. McCusker J, Lambert SD, Yaffe MJ, Cole MG, Hidalgo M, Amir E, *et al.* Pilot Study of a Transitional Intervention for Family Caregivers of Older Adults. *Can J Aging* 2019;38(2):210-21.
30. McNeil D, Strasser R, Lightfoot N, Pong R. A "Simple" Evidence-Based Intervention to Improve Care Transitions for Frail Patients with Complex Health Conditions: Why Didn't It Work as Expected? *Healthc Q* 2016;19(2):67-72.
31. Mockford C, Seers K, Murray M, Oyebode J, Clarke R, Staniszezwska S, *et al.* The development of service user-led recommendations for health and social care services on leaving hospital with memory loss or dementia - the SHARED study. *Health Expect* 2017;20(3):495-507.
32. Müller C, Lautenschlager S, Meyer G, Stephan A. Interventions to support people with dementia and their caregivers during the transition from home care to nursing home care: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2017;71:139-52.
33. Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, Bowles KH, Bradway C, McCauley KM, Pauly MV. Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res* 2014;3(3):245-57.
34. Nurjono M, Shrestha P, Ang IYH, Shiraz F, Yoong JS, Toh SES, Vrijhoef HJM. Implementation fidelity of a strategy to integrate service delivery: learnings from a transitional care program for individuals with complex needs in Singapore. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):177.
35. Parker KJ, Hickman LD, Phillips JL, Ferguson C. Interventions to optimise transitional care coordination for older people living with dementia and concomitant multimorbidity and their caregivers: A systematic review. *Contemp Nurse* 2020;56(5-6):505-33.
36. Pépin M-É, Guillette M, Belzile L, Couturier Y. Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces. *Intervention* 2021;153:19-29.

37. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, *et al.* Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique* 2015;27(1):41-50.
38. Poulin V, Mailhot-Bisson D, Turcotte-Brousseau A-A. Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie. *Soins d'urgence* 2021;2(2):35-44.
39. Pritchard E, Cussen A, Delafosse V, Swift M, Jolliffe L, Yeates H. Interventions supporting caregiver readiness when caring for patients with dementia following discharge home: A mixed-methods systematic review. *Australas J Ageing* 2020;39(3):e239-e50.
40. Roberts SR, Crigler J, Ramirez C, Sisco D, Early GL. Working With Socially and Medically Complex Patients: When Care Transitions Are Circular, Overlapping, and Continual Rather Than Linear and Finite. *J Healthc Qual* 2015;37(4):245-65.
41. Robinson TE, Zhou L, Kerse N, Scott JD, Christiansen JP, Holland K, *et al.* Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults. *Australas J Ageing* 2015;34(4):269-74.
42. Rondeau-Boulanger É et Drolet M-J. Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline* 2016;(5):1-21.
43. Samus QM, Johnston D, Black BS, Hess E, Lyman C, Vavilikolanu A, *et al.* A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: The maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22(4):398-414.
44. Sawan MJ, Wennekers D, Sakiris M, Gnjdjic D. Interventions at Hospital Discharge to Guide Caregivers in Medication Management for People Living with Dementia: a Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2021;36(5):1371-9.
45. Sendall M, McCosker L, Crossley K, Bonner A. A structured review of chronic care model components supporting transition between healthcare service delivery types for older people with multiple chronic diseases. *Health Inf Manag* 2017;46(2):58-68.
46. Sheikh F, Gathecha E, Bellantoni M, Christmas C, Lafreniere JP, Arbaje AI. A Call to Bridge Across Silos during Care Transitions. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2018;44(5):270-8.
47. Tomura H, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, Murashima S, Suzuki S. Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *J Clin Nurs* 2011;20(3-4):444-53.
48. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff (Millwood)* 2014;33(9):1531-9.

49. Villars H, Dupuy C, Soler P, Gardette V, Soto ME, Gillette S, *et al.* A follow-up intervention in severely demented patients after discharge from a special Alzheimer acute care unit: impact on early emergency room re-hospitalization rate. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(11):1131-40.
50. Wee SL, Loke CK, Liang C, Ganesan G, Wong LM, Cheah J. Effectiveness of a national transitional care program in reducing acute care use. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(4):747-53.
51. Xiang X, Zuverink A, Rosenberg W, Mahmoudi E. Social work-based transitional care intervention for super utilizers of medical care: a retrospective analysis of the bridge model for super utilizers. *Soc Work Health Care* 2019;58(1):126-41.

Littérature grise

52. Couturier Y et Belzile L. La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal; 2018.
53. Couturier Y, Bonin L, Belzile L. L'intégration des services en santé : Une approche populationnelle. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal; 2016.
54. Health Quality Ontario (HQO). Adopting a common approach to transitional care planning: helping health links improve transitions and coordination of care [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2013. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-traditional-care-planning-en.pdf>.
55. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2023. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-08W.pdf>.
56. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs. Phase 3 [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2022a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003346/>.
57. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Guide de mise en œuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CIUSSS et les CIUSSS : seconde phase des travaux, 2016 à 2019. [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2017. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-829-01W_Guide_pratiques_cliniques_complet_BR.pdf.
58. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence [site Web]. Québec, QC : MSSS; 2011. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>.

59. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers [site Web]. National Institute for Health and Care Excellence. London, UK : NICE; 2018. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>.
60. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [site Web]. London, UK : NICE; 2015. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877>.
61. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les infirmières et infirmiers : des professionnels essentiels au maintien des aînés à domicile [site Web]. Montréal, QC : OIIQ; 2023. Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3547-memoire-plan-action-vieillir-ensemble-web.pdf/befe687c-bd03-4940-0c9e-1dc556dccbea>.
62. Sanatinia R, Crawford MJ, Quirk A, Hood C, Gordon F, Crome P, *et al.* Identifying features associated with higher-quality hospital care and shorter length of admission for people with dementia: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research* 2020;8:1-92.¹²
63. World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. Genève; 2016.

¹² Le document rédigé par Sanatinia *et al.* [2020] a été inclus dans la littérature grise, puisqu'il s'agit d'un document du National Institute for Health and Care Research (NIHR).

ANNEXE E

Qualité méthodologique des publications scientifiques incluses

Tableau E-1 Études originales qualitatives

La qualité des études qualitatives a été évaluée à l'aide de l'outil CASP [Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2018].

Étude	Ashbourne et al. [2021]	Bauer et al. [2011]	Bradway et al. [2012]	Carrier [2013]	Carrier et al. [2012]	Couture et al. [2012]	Deeks et al. [2016]	Demers et Pelchat [2013]	Dolu et al. [2021]	Fitzgerald et al. [2011]	Kable et al. [2015]	Latulippe et al. [2019]	McNeil et al. [2016]	Mockford et al. [2017]	Pépin et al. [2021]	Rondeau-Boulanger et Drolet [2016]	Tomura et al. [2011]
Objectifs clairs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Méthodologie appropriée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Devis approprié	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓
Stratégie de recrutement appropriée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓
Méthodes de collecte des données appropriées	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓
Relation entre les chercheurs et les participants considérée	⚠	⚠	⚠	⚠	⚠	✓	✓	⚠	✓	✓	✗	⚠	⚠	✓	⚠	⚠	⚠
Conduite éthique	✓	⚠	✓	✓	⚠	⚠	⚠	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Analyses rigoureuses	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓

Étude	Ashbourne et al. [2021]	Bauer et al. [2011]	Bradway et al. [2012]	Carrier [2013]	Carrier et al. [2012]	Couture et al. [2012]	Deeks et al. [2016]	Demers et Pelchat [2013]	Dolu et al. [2021]	Fitzgerald et al. [2011]	Kable et al. [2015]	Latulippe et al. [2019]	McNeil et al. [2016]	Mockford et al. [2017]	Pépin et al. [2021]	Rondeau-Boulanger et Drolet [2016]	Tomura et al. [2011]
Résultats clairs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contribution	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Classement attribué : ✓ = oui; ⚠ = information insuffisante pour porter un jugement; ✗ = non

Tableau E-2 Études originales quantitatives

La qualité des études quantitatives a été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation critique développé par l'Agence de la santé publique du Canada [Moralejo *et al.*, 2017].

Étude	Bailey <i>et al.</i> [2019]	Balaban <i>et al.</i> [2015]	Baldonado <i>et al.</i> [2017]	Cossette <i>et al.</i> [2021]	McCusker <i>et al.</i> [2019]	Naylor <i>et al.</i> [2014]	Roberts <i>et al.</i> [2015]	Robinson <i>et al.</i> [2015]	Samus <i>et al.</i> [2014]	Villars <i>et al.</i> [2013]	Wee <i>et al.</i> [2014]	Xiang <i>et al.</i> [2019]
Représentativité de la population cible	✓	✓	⊖	✓	⊖	✓	✓	✓	⊖	⊖	✓	⊖
Contrôle du biais de sélection	✗	✓	✗	⊖	✗	⊖	✗	✓	✓	✓	✗	⊖
Contrôle du biais causé par une erreur de classification	⊖	✓	✓	✓	✓	⊖	⊖	✓	✓	✗	✓	⊖
Contrôle du biais d'information	✓	⊖	✗	✗	⊖	⊖	✗	✗	⊖	✓	⊖	⊖
Validité et fiabilité des instruments	✓	⊖	✗	✓	✓	⊖	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Taux de participation et pertes au suivi	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓
Comparabilité des groupes	✗	⊖	✗	✗	✗	⊖	✗	✓	✓	✗	⊖	✗
Contrôle des variables de confusion	⊖	✓	✗	✗	✗	⊖	✗	✓	✓	✗	✓	✗
Conduite éthique	✓	✓	⊖	✓	✓	✓	⊖	✓	✓	⊖	⊖	✓
Interprétation des tests statistiques	✓	✓	✗	✓	⊖	✓	✗	✓	✓	⊖	✓	✓
Puissance et taille d'échantillon	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	⊖	✓	✓
Généralisation	⊖	⊖	✗	✗	✓	⊖	✓	✓	⊖	✓	✓	✓
Faisabilité	✗	⊖	✓	✓	✓	⊖	✗	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖

Classement attribué : ✓ = fort; ⊖ = modéré; ✗ = faible

Tableau E-3 Études originales mixtes

La qualité des études mixtes incluses a été évaluée à l'aide de l'outil MMAT [Hong *et al.*, 2018].

		Nurjono <i>et al.</i> [2019]
Recherche qualitative		
	Approche qualitative appropriée	✓
	Méthodes de collecte des données appropriées	✗
	Résultats émergeant des données	✓
	Interprétation des résultats étayée	✓
Recherche quantitative (étude descriptive)		
	Stratégie d'échantillonnage appropriée	✓
	Échantillon représentatif de la population cible	⊖
	Mesures appropriées	✓
	Faible risque de biais de non-réponse	⊖
	Analyse statistique appropriée	✓
Méthodes mixtes		
	Méthodes mixtes justifiées	✓
	Intégration adéquate des données qualitatives et quantitatives	✓
	Interprétation adéquate de la résultante de l'intégration	✓
	Divergences et contradictions abordées	✓
	Qualité méthodologique des différentes composantes de l'étude appropriée	✓

Classement attribué : ✓ = oui; ⊖ = ne sais pas; ✗ = non

Tableau E-4 Revues de la littérature

La qualité des revues incluses a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR-2 [Shea *et al.*, 2017].

Étude	Afram <i>et al.</i> [2015]	Arbaje <i>et al.</i> [2014]	Braz <i>et al.</i> [2020]	Couturier <i>et al.</i> [2013]	Gettel <i>et al.</i> [2021]	Gettel <i>et al.</i> [2022]	Hirschman et Hogson. [2018]	Jeffs <i>et al.</i> [2017]	Ma <i>et al.</i> [2019]	Manias <i>et al.</i> [2019]	Müller <i>et al.</i> [2017]	Parker <i>et al.</i> [2020]	Pomey <i>et al.</i> [2015]	Poulin <i>et al.</i> [2021]	Pritchard <i>et al.</i> [2020]	Sawan <i>et al.</i> [2021]	Sendall <i>et al.</i> [2017]	Sheikh <i>et al.</i> [2018]	Verhaegh <i>et al.</i> [2014]
Définition de la question de recherche et des critères d'inclusion	⚠	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Protocole	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
Explication du choix du devis des études incluses	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓
Stratégie exhaustive de recherche documentaire	⚠	✗	⚠	✗	⚠	✓	⚠	✗	⚠	⚠	✓	✗	✗	✓	⚠	⚠	⚠	✗	⚠
Sélection en double des études	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓
Extraction en double des données	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓
Disponibilité de la liste des études exclues (avec la justification)	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓
Description détaillée des études incluses	⚠	✗	✗	✓	⚠	⚠	⚠	✗	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✗	✓
Évaluation du risque de biais des études individuelles	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	⚠	✓	✓	✗	✓
Description de la source de financement des études incluses	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗
Si méta-analyse – méthodes appropriées d'analyse	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	✓	N/A	N/A	N/A	✓
Si méta-analyse – évaluation de l'impact du risque de biais des études individuelles	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	✗	N/A	N/A	N/A	✗

Étude	Afram et al. [2015]	Arbaje et al. [2014]	Braz et al. [2020]	Couturier et al. [2013]	Gettel et al. [2021]	Gettel et al. [2022]	Hirschman et Hogson. [2018]	Jeffs et al. [2017]	Ma et al. [2019]	Manias et al. [2019]	Müller et al. [2017]	Parker et al. [2020]	Pomey et al. [2015]	Poulin et al. [2021]	Pritchard et al. [2020]	Sawan et al. [2021]	Sendall et al. [2017]	Sheikh et al. [2018]	Verhaegh et al. [2014]
Prise en considération du risque de biais des études individuelles dans la discussion	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓
Si méta-analyse – hétérogénéité expliquée	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	✓	N/A	N/A	N/A	✓
Si méta-analyse – investigation du biais de publication	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	✗	N/A	N/A	N/A	✓
Divulgarion des conflits d'intérêts des auteurs	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗

Classement attribué : ✓ = oui; ⚪ = oui partiellement; ✗ = non

Qualité méthodologique des publications issues de la littérature grise

La qualité des rapports et guides de pratique issus d'autres types de littérature a été évaluée à l'aide de l'outil AGREE II [Brouwers *et al.*, 2010].

Document	HQO [2013]	MSSS [2011]	MSSS [2017]	MSSS [2022]	MSSS [2023]	NICE [2015]	NICE [2018]	Sanatinia <i>et al.</i> [2020] (produit du NIHR)	OIIQ [2023]	OMS [2016]
Champ et objectifs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Participation des groupes concernés	✗	✗	✓	✓	✗	⚡	✓	⚡	✗	⚡
Rigueur d'élaboration de la RPC	✗	✗	✗	✗	✗	⚡	✓	⚡	✗	✗
Clarté et présentation	✓	✓	⚡	⚡	⚡	✓	✓	⚡	⚡	⚡
Applicabilité	✗	⚡	✓	✓	⚡	⚡	⚡	✗	✗	✗
Indépendance éditoriale	✗	✗	✗	✗	✗	⚡	⚡	⚡	✗	✗

✓ = bonne qualité (score entre 75 % et 100 %); ⚡ = qualité moyenne (score entre 50 % et 74 %); ✗ = qualité faible (score entre 25 % et 49 %) ou très faible (score entre 0 % et 24 %).

ANNEXE F

Outils soutenant les pratiques

Cette annexe liste les outils cités dans le guide de pratique pour soutenir les professionnels et intervenants dans l'application des pratiques exemplaires. Les outils sont présentés dans l'ordre d'apparition et selon les sections du guide.

INTRODUCTION
Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs (rapport et outils de transfert des connaissances) Source : Site Web de l'INESSS
Processus clinique interdisciplinaire – services de proximité en GMF troubles neurocognitifs légers et majeurs (TNCL-TNCM) (guide) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs phase 3 (document) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels (<i>rapport</i>) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Clinique de mémoire : Les paramètres organisationnels (rapport) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Composantes transversales des soins et services en contexte de transition
Développement professionnel (page Web avec modules de formation et d'apprentissage en ligne) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial (plateforme pour la formation continue) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Mandat des ressources territoriales en soins infirmiers et des travailleurs sociaux en soutien au déploiement du Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs (document) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Le deuil blanc : Ressource pour les personnes atteintes de l'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et leurs proches (document) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Le deuil blanc : Ressource pour les fournisseurs de soins de santé (document) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
La communication (fiche d'information) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux (cadre de référence) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Composantes transversales des soins et services en contexte de transition
Les étapes clés associées à la prise de décision partagée (capsule vidéo) Source : Site Web de l'INESSS
Prise de décision : respecter le choix individuel (fiche d'information) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Planifier l'avenir (page Web contenant de l'information sur le détenteur du consentement substitué) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada

Pratiques générales pour améliorer les soins et services en divers contextes de transition
Outil d'aide au partenariat et de référence pour les personnes proches aidantes de personnes âgées (formulaire de référence en ligne) Source : Site Web de Référence aidance Québec
Loi sur les services de santé et les services sociaux (texte de loi) Source : Site Web Les publications du Québec
Standards de pratique (document) Source : Site Web de l'Ordre des pharmaciens du Québec
Guide d'usage optimal pour le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte (guide) Source : Site Web de l'INESSS
Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - Première section : Principes généraux (guide) Source : Site Web du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

Pratiques spécifiques au contexte de transition lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier
Préparez-vous à une visite à l'urgence : Renseignements personnels, Qui me connaît le mieux, Mes médicaments, Mes volontés (fiches de la trousse préparatoire à une visite à l'hôpital) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Bilan comparatif des médicaments : Recueil de politiques et procédures (document) Source : Site Web de l'Ordre des pharmaciens du Québec
Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : prévention, évaluation et prise en charge (guide). Source : Site Web de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence, aide-mémoire sur les interventions pour la clientèle âgée en unités de soins, aide-mémoire sur les interventions systématiques en salle d'urgence pour toute la clientèle âgée (Cadre de référence et aide-mémoires) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Feuille sommaire d'hospitalisation (formulaire) Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Pratiques spécifiques au contexte de transition lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier

Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée (avis et outils de transfert des connaissances)

Source : Site Web de l'INESSS

Guichet d'accès à la première ligne (Site Web)

Source : Site Web du Gouvernement du Québec

Pratiques spécifiques au contexte de transition lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie

Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés - Cadre de référence provincial (cadre de référence)

Source : Site Web du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Pour recevoir les soins et services dont j'ai besoin, devrais-je rester chez moi ou déménager ? (outil d'aide à la décision)

Source : Site Web de la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et l'application des connaissances

Soins de longue durée : Préparer le déménagement (fiche d'information)

Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada

Soins de longue durée : S'adapter après le déménagement (fiche d'information)

Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada

Votre histoire se poursuit : Guide d'accueil et d'accompagnement à l'intention des résidents et de leurs proches (guide)

Source : Site Web du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE G

Synthèse des pratiques

RÉSUMÉ DES PRATIQUES DU GUIDE

Les soins et les services en contexte de transition correspondent à un ensemble d'actions accomplies pour assurer la continuité des soins et des services.

Composantes transversales

Renforcement des compétences professionnelles

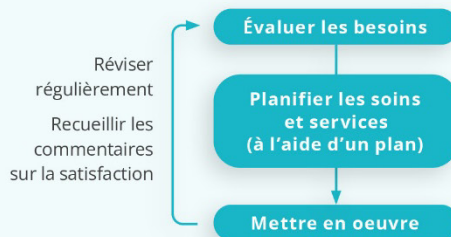
Approche de partenariat et prise de décision partagée

Partage d'informations entre les professionnels et intervenants



Pratiques générales en divers contextes de transition

Une **coordination** dès le diagnostic et pour toute la durée du parcours de vie



Rôle clé de la personne désignée pour assurer la **coordination**

La **mobilisation** de tous les professionnels et intervenants en temps opportun

- Groupe de médecine de famille (GMF)
- CLSC (Soutien à domicile)
- Pharmacie
- Centre hospitalier
- Clinique de mémoire
- Milieu d'hébergement
- Équipe ambulatoire
- Organisme communautaires et entreprise d'économie sociale
- Services ambulanciers paramédicaux

Suivi de la thérapie **médicamenteuse**

Surveiller les effets secondaires

Optimiser

Soutenir l'adhésion



Pratiques lors d'un épisode de soins en centre hospitalier

En prévision d'une visite

- Constituer la trousse préparatoire

Avant l'arrivée

- Communiquer les informations cliniques à jour



Durant le séjour

- Favoriser la présence des proches au chevet
- Évaluer les conditions pour un retour à domicile réussi et le risque de réadmission
- Réaliser un bilan comparatif des médicaments
- Planifier les soins et services post-congé
- Planifier les actions en cas de détérioration de la condition après le congé

Au moment du congé

- Mettre à jour la liste de médicaments
- Remplir la feuille sommaire d'hospitalisation
- Partager les informations aux professionnels et intervenants à l'externe, à la personne et à ses proches aidants
- Ajuster le plan de soins et services
- Assurer un suivi par les professionnels requis

Rôle clé de l'**intervenant de liaison**

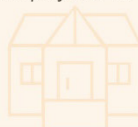
Pratiques lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie

Dès qu'un changement est présagé

- Discuter des besoins, valeurs et préférences
- Présenter les options
- Suggérer de visiter les milieux
- Soutenir dans les démarches d'admission

Lorsque le nouveau milieu est choisi

- Partager les informations pertinentes au nouveau milieu, incluant le projet de vie



Lors de l'intégration

- Surveiller les signes d'installation d'un délirium
- Évaluer l'adaptation au nouveau milieu
- Adapter le plan de soins et services selon l'évolution
- Intégrer la personne aux activités de loisirs

Soutien **émotionnel** et **accompagnement**

ANNEXE H

Analyses des effets des programmes combinant les pratiques aux fins d'amélioration des soins et services en contexte de transition

Impact des programmes conçus pour faciliter les transitions entre l'hôpital et le domicile, en comparaison avec un groupe contrôle, sur l'amélioration de la qualité des transitions et la réduction de l'utilisation des services de santé de courte durée

Figure H-1 Augmentation de la proportion d'utilisateurs ayant au moins une visite de suivi précoce avec un médecin de famille après le congé d'hôpital

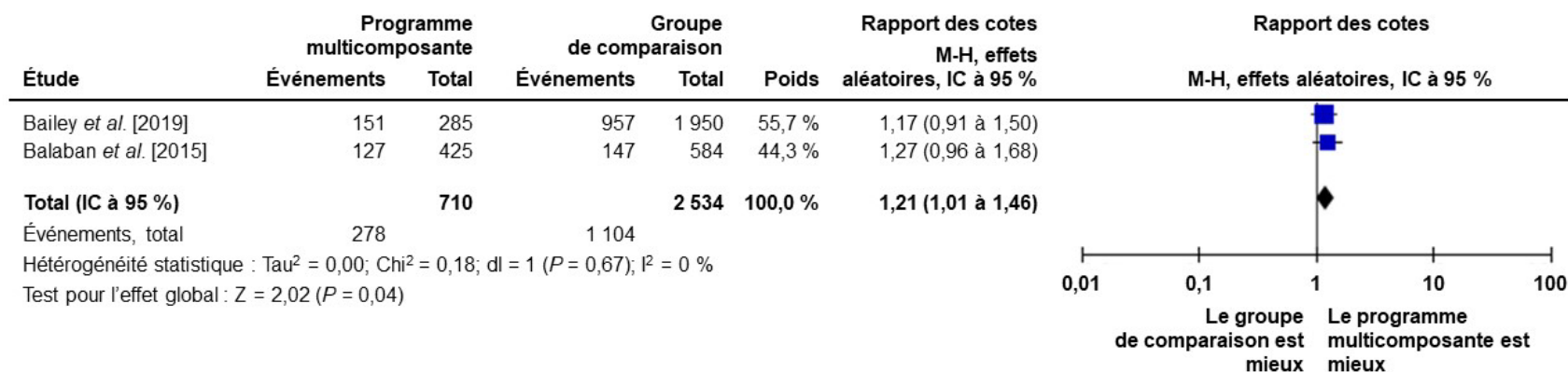


Figure H-2 Réduction de la proportion d'utilisateurs ayant recours aux services d'urgence à 30 jours

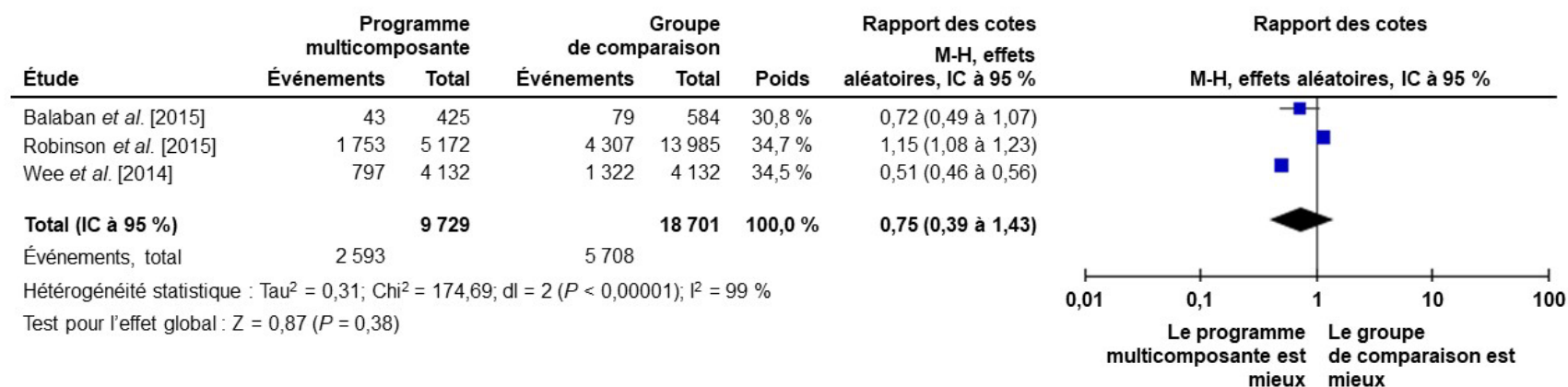


Figure H-3 Réduction de la proportion d'utilisateurs avec réadmissions hospitalières à 30 jours

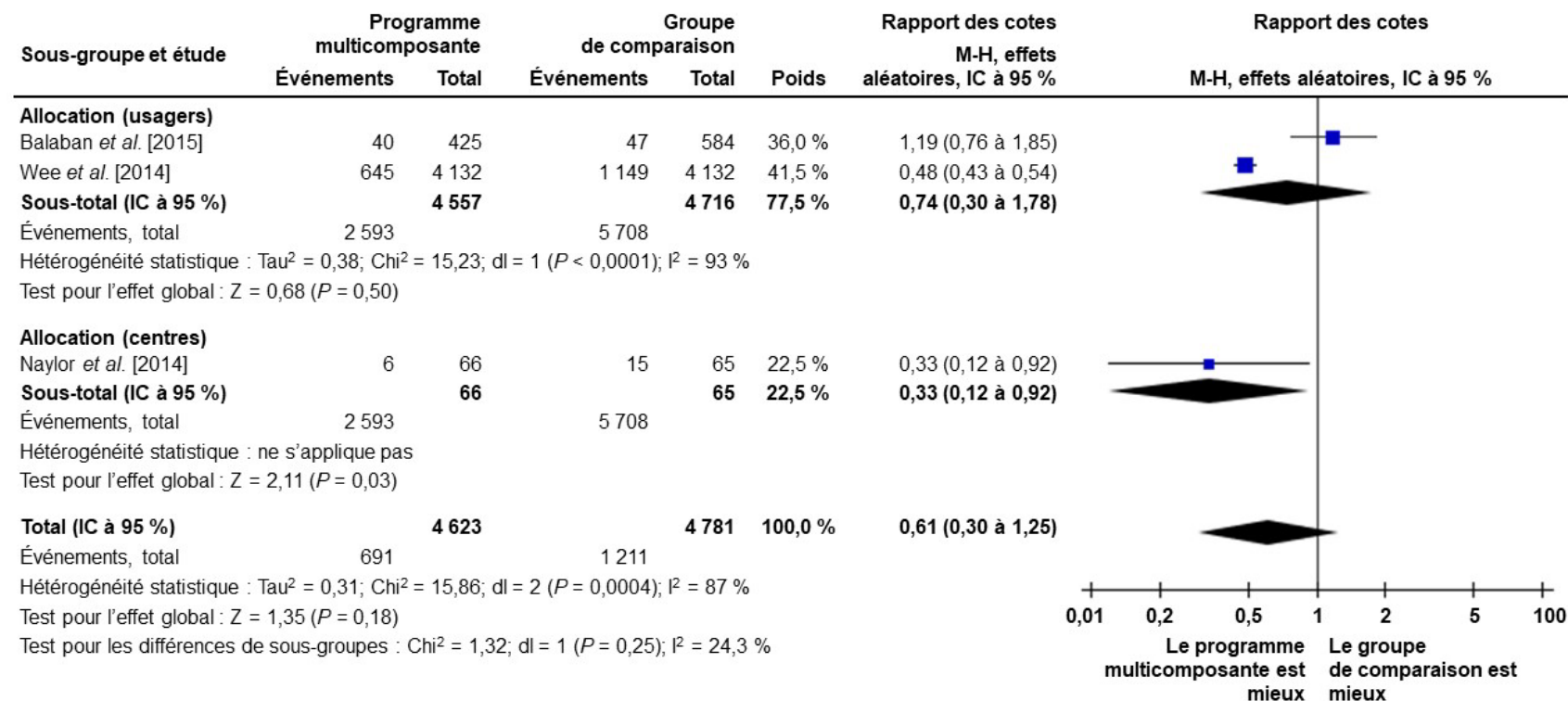


Figure H-4 Réduction de la proportion d'utilisateurs avec réadmissions hospitalières à 180 jours

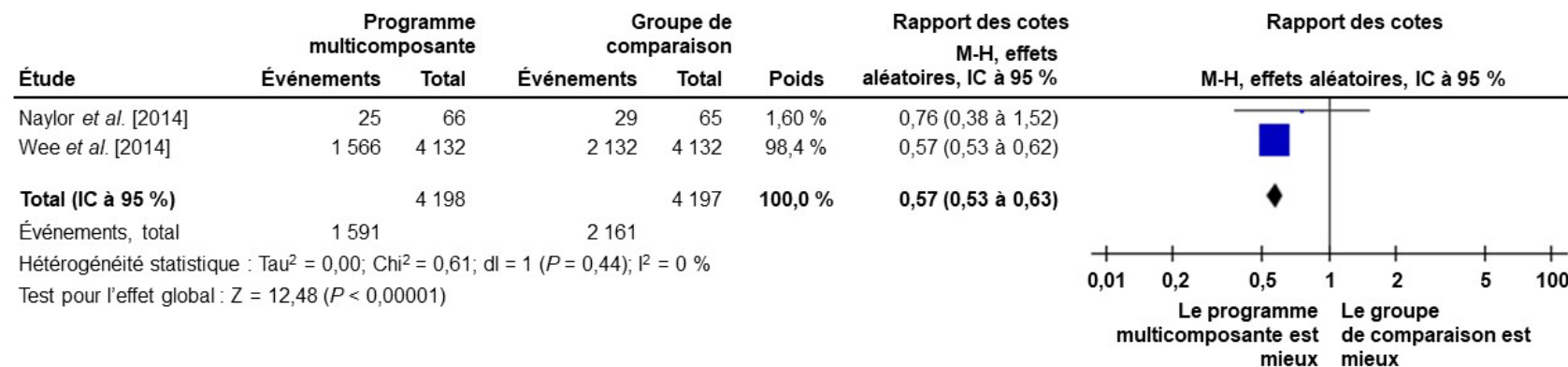


Figure H-5 Réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier par usager

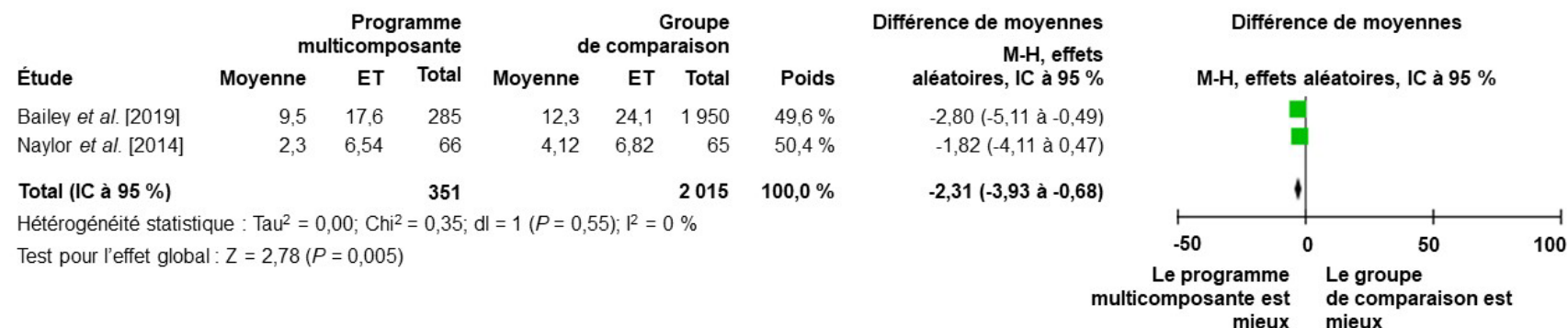
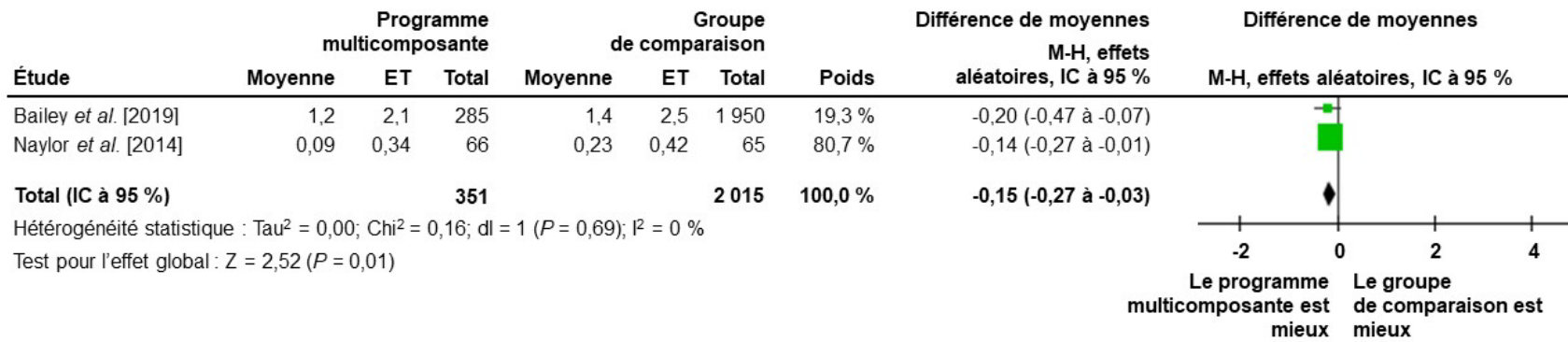


Figure H-6 Réduction du nombre moyen de réadmissions hospitalières par usager



*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

