

Confier les données aux fournisseurs : Utilisation de rapports personnalisés pour soutenir des soins de qualité

Divulgation des conférenciers

- **Conférenciers** : Mark Dobrow, Nancy Lefebvre, Sharon Straus, Tim Jackson et Michelle Greiver
- **Relations avec des intérêts commerciaux : Aucune**
 - Subventions et soutien à la recherche
 - Bureau et honoraires des conférenciers
 - Honoraires d'expert-conseil
 - Autre

Divulgation du soutien commercial

- Aucun soutien commercial n'a été reçu pour cette séance.

Atténuation des sources potentielles de partialité

- Sans objet

Objectifs d'apprentissage

1. Apprendre comment les fournisseurs de tous les secteurs tirent parti des données pour éclairer les initiatives en matière d'amélioration de la qualité dans le but d'améliorer les résultats.
2. Découvrir comment les rapports personnalisés peuvent être optimisés pour améliorer leur convivialité et augmenter leur incidence sur la qualité de soins.

Mot de bienvenue et présentation des conférenciers

- Dr Mark Dobrow – Qualité des services de santé Ontario
- M^{me} Nancy Lefebvre – Saint Elizabeth Health Care
- Dr Sharon Straus – Li Ka Shing Knowledge Institute
- Dr Tim Jackson – Réseau universitaire de santé
- Dre Michelle Greiver – Équipe Santé familiale de North York

Activités de QSSO relatives aux rapports personnalisés

- *Rapport sur les cabinets de soins primaires : plus de 275 médecins se sont inscrits depuis avril 2014.*
 - Effort commun de QSSO et de l'IRSS réalisé en partenariat avec l'Association of Family Health Team Organizations et l'Ontario College of Family Physicians.
 - Refonte du rapport pour mieux refléter les données probantes (p. ex., plus d'orientation sur l'orientation) et les besoins des médecins actuellement en cours.
- Exploration d'autres sujets relatifs aux rapports personnalisés en cours

Contenu du *Rapport sur les cabinets de soins primaires*

- 8 points couvrant les données semestrielles
- Rapport des médecins contenant les données :
 - des médecins;
 - des groupes;
 - des RLISS;
 - de la province.
- Rapport des groupes contenant les données :
 - des groupes;
 - des RLISS;
 - de la province.
- 12 indicateurs démographiques
- 16 indicateurs relatifs à l'utilisation des services de santé
- 13 indicateurs relatifs à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques

Pour le consentement, veuillez consulter la page <https://www.hqontario.ca/pour-équipes-daq/soins-primaires/rapport-de-praticien>.

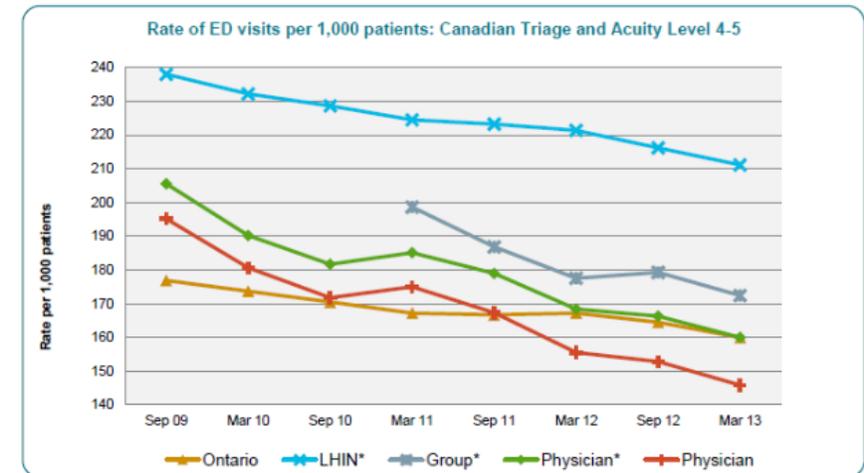
Rate of ED visits per 1,000 patients: Canadian Triage and Acuity Level 4-5

This graph and accompanying table show the rate of ED visits measured as level 4 or 5 on the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)⁹ per 1,000 patients by the physician (unadjusted and adjusted), the group (adjusted), LHIN (adjusted) and the province during the previous year. The table also shows in brackets the number of times your patients visited the ED as level 4 or 5 on CTAS.

CTAS level:

CTAS level 4	Less urgent	Conditions that related to patient age, distress, or potential for deterioration or complications would benefit from intervention or reassurance within 1 –2 hours.
CTAS level 5	Non-urgent	Conditions that may be acute but non-urgent as well as conditions which may be part of a chronic problem with or without evidence of deterioration. The investigation or interventions for some of these illnesses or injuries could be delayed or even referred to other area of the hospital or health care system.

ED visits were calculated from the NACRS database. Age, sex and morbidity were used to calculate adjusted rates. Compare the rates of your patients to those of your group, LHIN and the province.



Reporting Period	Sep 09	Mar 10	Sep 10	Mar 11	Sep 11	Mar 12	Sep 12	Mar 13
Physician	195.2 (323)	180.7 (298)	171.8 (283)	175.0 (284)	167.3 (270)	155.5 (249)	152.8 (243)	145.9 (230)
Physician*	205.6 (323)	190.2 (298)	181.7 (283)	185.1 (284)	179.0 (270)	168.4 (249)	166.3 (243)	160.0 (230)
Group*	N/A	N/A	GDS	198.6 (4,925)	186.9 (4,441)	177.5 (4,247)	179.3 (4,338)	172.4 (4,300)
LHIN*	238.0 (212,640)	232.2 (206,659)	228.6 (204,511)	224.5 (202,099)	223.2 (201,596)	216.2 (199,952)	216.2 (196,049)	211.1 (189,736)
Ontario	176.9 (2,308,007)	173.7 (2,268,659)	170.5 (2,232,219)	167.2 (2,200,564)	166.7 (2,199,574)	166.2 (2,206,829)	164.5 (2,188,423)	160.0 (2,129,536)

*Adjusted for age, sex, and morbidity
GDS=data suppressed; physician group size <6
N/A=data not available

Aperçu des données probantes relatives à la vérification et à la rétroaction

- Données probantes de bonne qualité à l'effet que la vérification et la rétroaction sont des méthodes d'intervention efficaces¹, surtout :
 - si la rétroaction vient d'un superviseur ou d'un collègue respecté;
 - si la rétroaction est formulée fréquemment (c.-à-d. hebdomadairement vaut mieux que mensuellement, qui vaut mieux que trimestriellement...);
 - si le plan d'action et l'objectif des paramètres de mesure sont fournis;
 - si l'objectif est de réduire le comportement;
 - si le rendement de référence est inférieur.

¹ Ivers et coll., *Growing Literature, Stagnant Science? Systematic Review, Meta-Regression and Cumulative Analysis of Audit and Feedback Interventions in Health Care.*

Contexte

- Les leçons retenues dans un secteur peuvent s'appliquer à d'autres secteurs.
- Il y a un grand nombre d'initiatives d'amélioration de la qualité en cours en Ontario.
 - Les rapports personnalisés constituent un soutien supplémentaire.
- Un grand nombre d'organismes produisent des rapports personnalisés.

Accès et utilisation des données pour améliorer les soins des équipes Santé familiale

**Michelle Greiver, M.D., CCMF
Équipe Santé familiale de North York**

DME utilisés en soins primaires

- Les DME sont maintenant utilisés par la majorité des médecins de soins primaires.
- Temps et argent consacrés au financement, aux achats, à la mise en œuvre et à la certification des DME.
- Preuve que cela a **fait une différence dans les soins ou les résultats** pour les patients?
- Utilisation significative des DME ou des données qu'ils contiennent?
- **Mesure et utilisation de l'information** dans les équipes de soins primaires?

DME c. tableaux imprimés : mémoire de maîtrise ès sciences

- Y a-t-il une **différence** dans le changement des **services de prévention** ciblés par les initiatives ontariennes de paiement selon le rendement entre les médecins de famille qui travaillent dans la collectivité qui **mettent en œuvre des DME** et ceux qui utilisent des dossiers papier?
- **Augmentation inférieure de 0,7 %** des services dans les groupes qui utilisent des DME ($p = 0,55$, IC de 95 % – 2,8, 3,9)
- **AUCUNE différence entre les DME et le papier**

Greiver, M., J. Barnsley, R. H. Glazier, R. Moineddin et B. J. Harvey. « Implementation of electronic medical records: effect on the provision of preventive services in a pay-for-performance environment », *Canadian Family Physician* (2011).

Modifications dans les soins primaires

- **Avant l'an 2000**
 - Principalement des médecins de famille travaillant **seuls**.
 - Gains proviennent principalement de la **rémunération à l'acte**.
 - Dossiers **papier**
- **Aujourd'hui**
 - Organisés en **groupes**.
 - Proportion importante des gains provenant de la **capitation** (rémunération établie pour chaque patient inscrit au cabinet).
 - Plus de 80 % utilisent les **DME**.
 - 25 % sont des équipes Santé familiale interprofessionnelles.

ESF de North York

- 71 médecins
- 40 professionnels paramédicaux
- Plus de 220 utilisateurs de DME
- **70 000 patients**

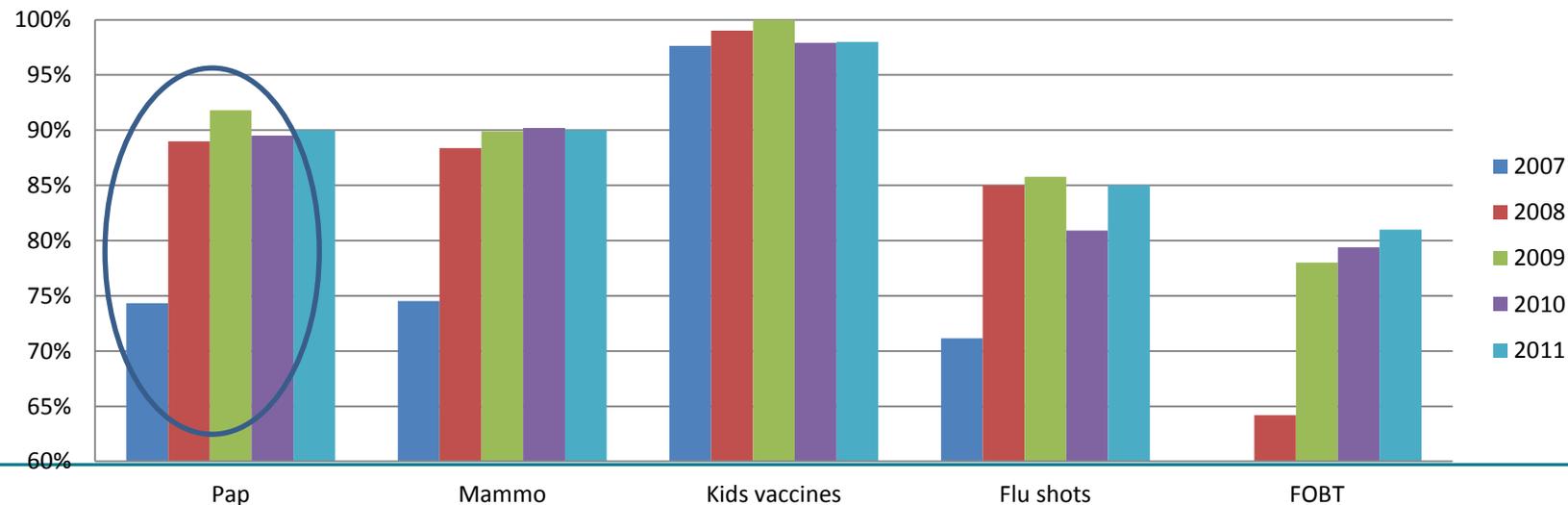


North York
Family Health Team

- Cas **individuels** d'excellence des soins dans certains cabinets, MAIS :
Presque chaque médecin avait **sa propre manière** d'inscrire les données et de faire les choses :
 - **aucun rappel ni alerte uniformes** dans les nombreux cabinets;
 - très **difficile d'élaborer des registres de maladies** (p. ex., diabète).
- Les professionnels paramédicaux devaient apprendre **différentes** manières de **faire la même chose** :
 - difficile de planifier des programmes uniformes ou de mettre en œuvre des démarches de soins uniformes.

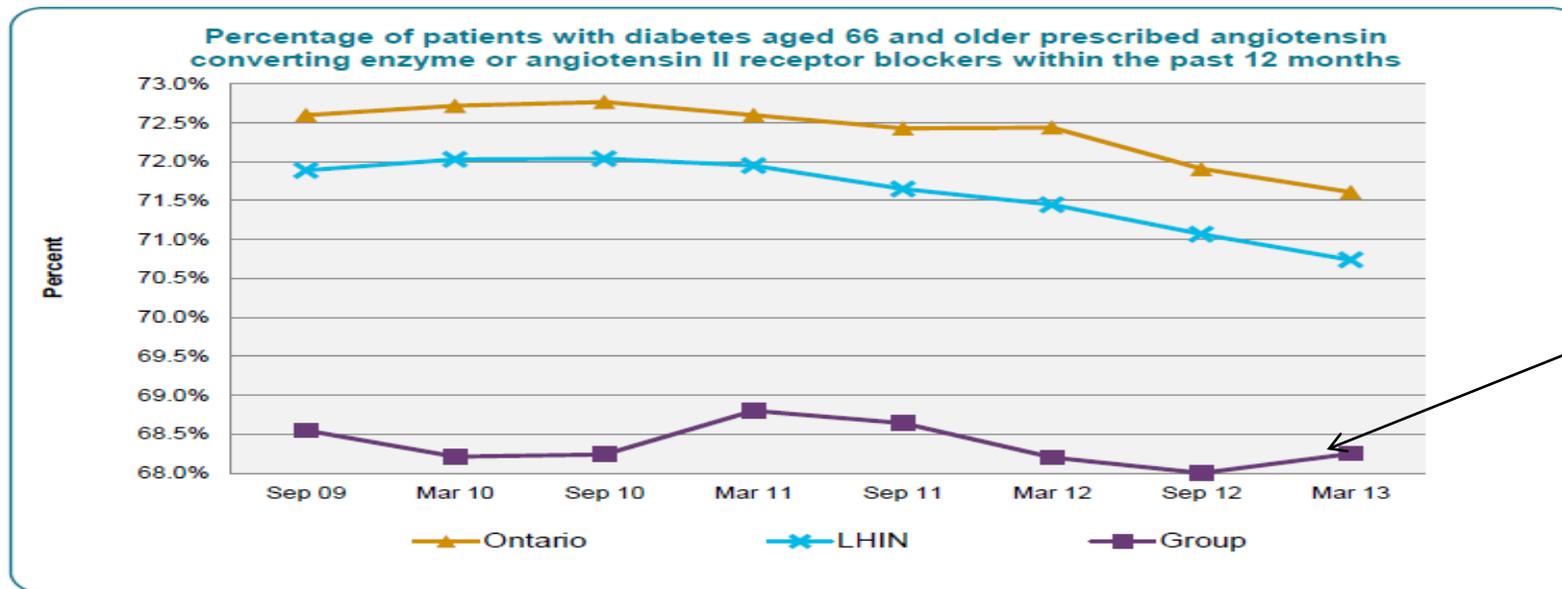
Des personnes aux équipes

- AQ traditionnellement ciblée vers le médecin.
- Besoin de données et de processus normalisés fondés sur l'équipe afin d'obtenir une amélioration plus vaste, à l'échelle du système et soutenue.
- Six sigma : **réduit la variabilité au minimum et améliore les processus.**



Utilisation des données des rapports personnalisés de QSSO

- « Les diabétiques de notre groupe affichent moins d'inhibiteurs de l'ECA ou d'ARA que ceux des RLISS ou de la province; pouvons-nous faire quelque chose? »



Notre groupe

Reporting Period	Sep 09	Mar 10	Sep 10	Mar 11	Sep 11	Mar 12	Sep 12	Mar 13
Group	68.55% (460)	68.21% (382)	68.24% (391)	68.80% (397)	68.64% (405)	68.20% (401)	68.00% (425)	68.25% (460)
LHIN	71.89% (37,480)	72.03% (38,366)	72.04% (40,095)	71.95% (41,915)	71.65% (43,514)	71.45% (45,093)	71.07% (46,636)	70.74% (48,078)
Ontario	72.60% (292,018)	72.72% (302,256)	72.77% (312,954)	72.60% (323,073)	72.43% (333,897)	72.44% (344,868)	71.91% (356,596)	71.61% (366,496)

De la contemplation à l'action : l'OPD



353 Patients Found

High ACR not on Rx

High ACR not on Rx i

Ave Age: **66.0** Ave BMI: **31.0** % Rural: **0.0%** [View Results](#)

[New Search](#) **OTHER REPORTS** ▾ [Export / Print](#) [Home](#)

Export or PDF

Would you like to get this report as a PDF?

Please Enter Name for Export

Please enter the name that you would like this export to be saved as.

Filename:

Time Since Last Visit - Months

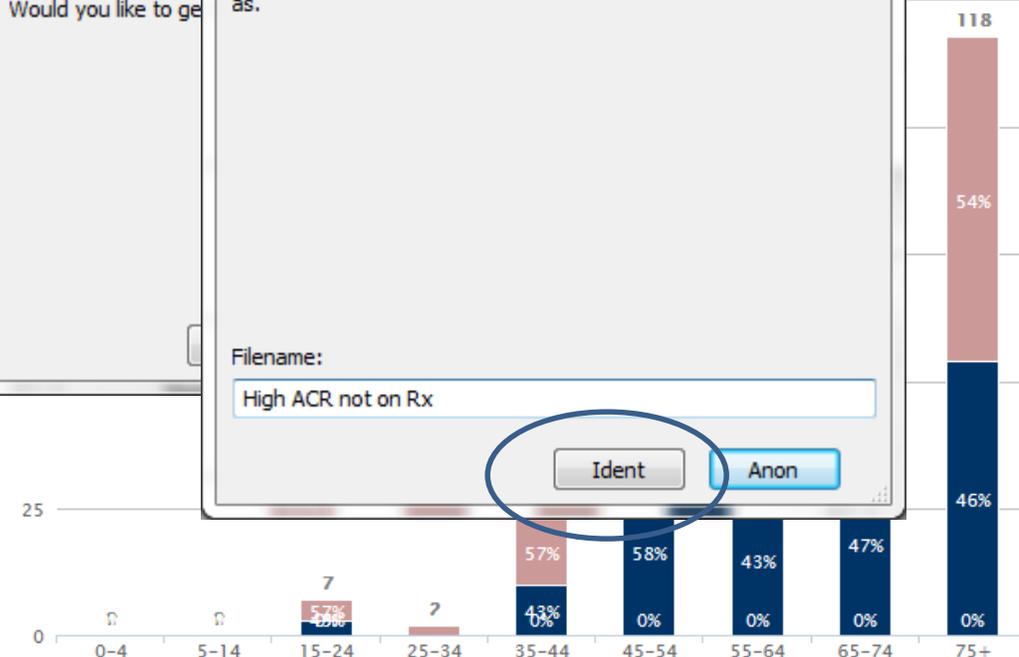


Time Since Last Visit - Months	Percentage
0 - 12	92.6 %
12 - 24	7.4 %
24 - 36	0.0 %
Over 36	0.0 %

Condition Prevalance

Diabetes	353	- 100.0%
Depression	73	- 20.7%
Hypertension	187	- 53.0%
COPD	31	- 8.8%
Osteoarthritis	89	- 25.2%
Dementia	27	- 7.6%
Parkinson's	2	- 0.6%
Epilepsy	6	- 1.7%

1 Condition	98	- 27.8%
2 Conditions	138	- 39.1%
3 Conditions	82	- 23.2%
4 Conditions	27	- 7.6%
Over 4 Conditions	8	- 2.3%



Age Group	Count	Percentage
0-4	0	0%
5-14	0	0%
15-24	7	5.7%
25-34	2	0%
35-44	118	57%
45-54	118	58%
55-64	118	43%
65-74	118	47%
75+	118	46%

Retour des données aux médecins

- « Nous avons constaté qu'il se pouvait que 33 % des diabétiques de notre équipe affichant un rapport albumine/créatinine élevé **ne prennent pas les médicaments appropriés.** »
- Nous vous retournerons votre liste; **vous êtes les mieux placés pour connaître vos patients.**
- Veuillez indiquer quels patients ont besoin du médicament.
- Veuillez retourner la liste au **gestionnaire des données de votre équipe.**
- Nous ajouterons des alertes aux DME de l'ensemble de ces patients : « rapport albumine/créatinine élevé, discuter des inhibiteurs de l'ECA ou des ARA ».
- **Mesure de la modification en cours**

Paru dans *Canadian Family Physician*

« **Les données fondées sur l'équipe**, combinées à l'utilisation réfléchie de **données probantes**, peuvent servir à éclairer les **soins cliniques fondés sur la population**, à surveiller les efforts d'**amélioration de la qualité** et à **planifier les programmes** de soins primaires à l'aide de **normes sur lesquelles les membres de l'équipe se seront entendus.** » [traduction]

Greiver, M., K. Wintemute, S. Griffis et M. Moeinedin. « Using evidence for the care of practice team populations », *Canadian Family Physician* 2014).

Amélioration fondée sur l'équipe

- **Commencez là où vous êtes**
 - Ayez recours aux rapports de QSSO pour cerner les secteurs d'amélioration pour votre équipe.
 - Contemplation
- **Utilisez ce que vous avez**
 - Retour aux données épurées, aux outils d'exploration de données comme l'OPD et aux rapports analytiques de l'équipe
 - Préparation
- **Faites ce que vous pouvez**
 - Normalisez et améliorez ce qui est possible pour vous à l'aide des outils dont vous disposez.
 - Action

Utilisation des données pour améliorer la qualité en chirurgie

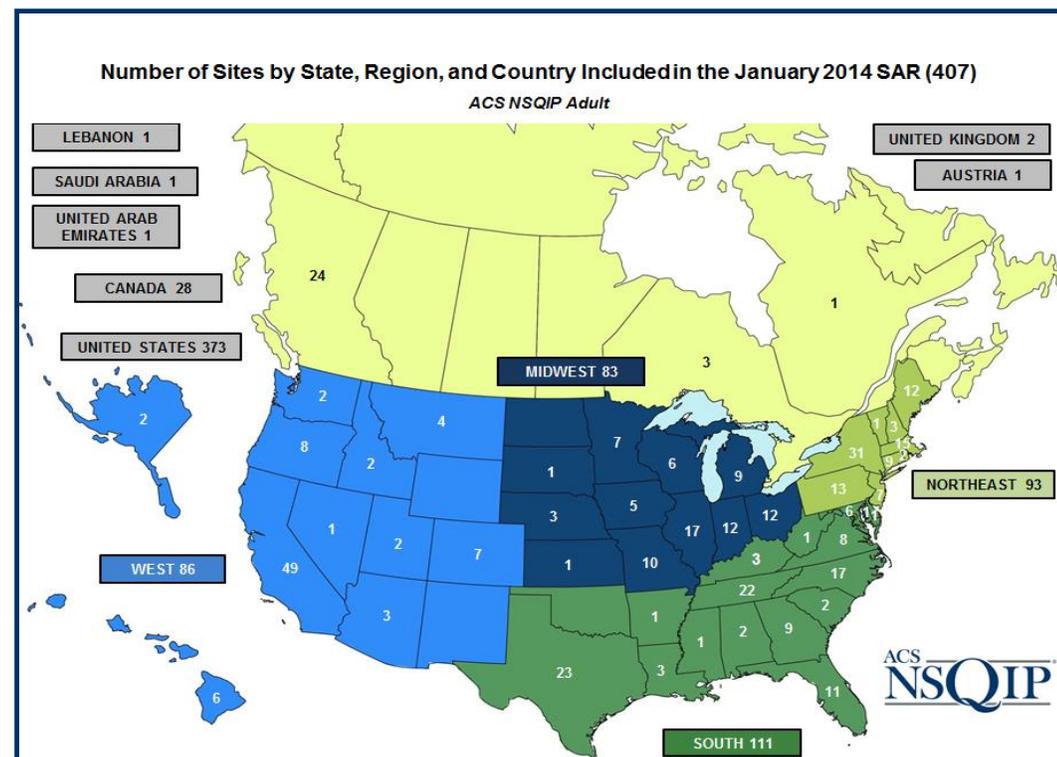
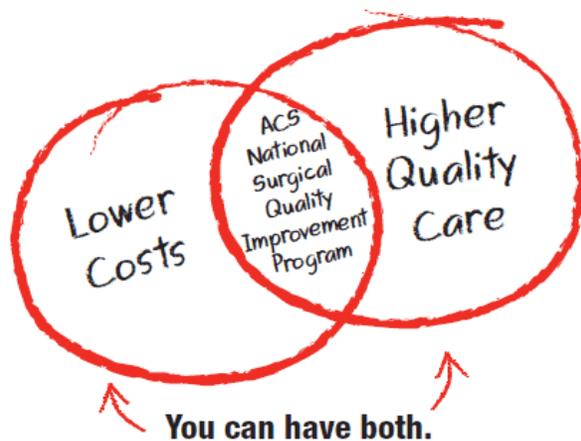
Timothy Jackson, B.Sc., M.D., M.H.P, FRCSC, FACS
Réseau universitaire de santé, Toronto

Divulgation des conférenciers

- **Conférencier : Timothy Jackson**
- **Relations avec des intérêts commerciaux : Aucune**

En quoi consiste le National Surgery Quality Improvement Program (NSQIP)?

- L'ACS-NSQIP est un programme s'appuyant sur des données, ajusté en fonction des risques et fondé sur les résultats, qui permet de mesurer et d'améliorer la qualité des soins chirurgicaux.
- Ses avantages comprennent notamment :
 - l'amélioration des soins et des résultats pour les patients;
 - la diminution des coûts des soins de santé.

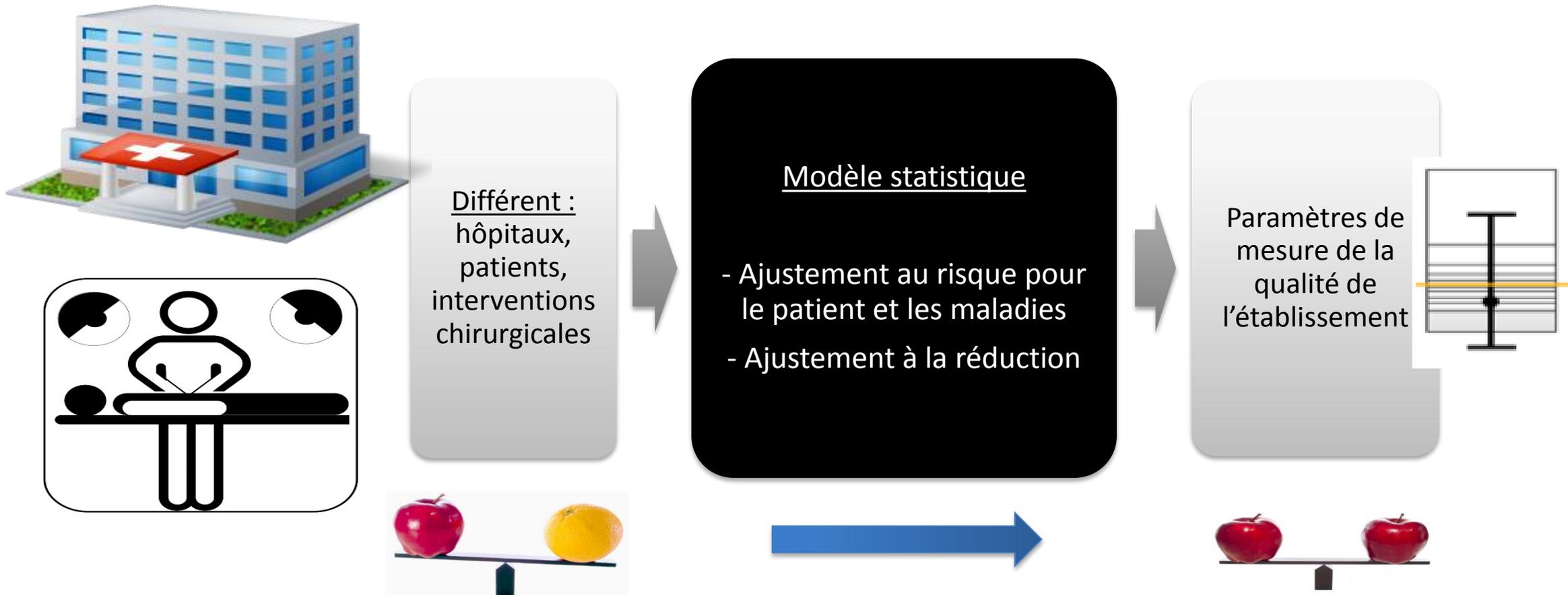


Préparation...Obtenir des données valables

Les données constituent un outil diagnostique de la qualité.



Les données valables : permettent de réaliser des comparaisons significatives de résultats d'interventions chirurgicales.



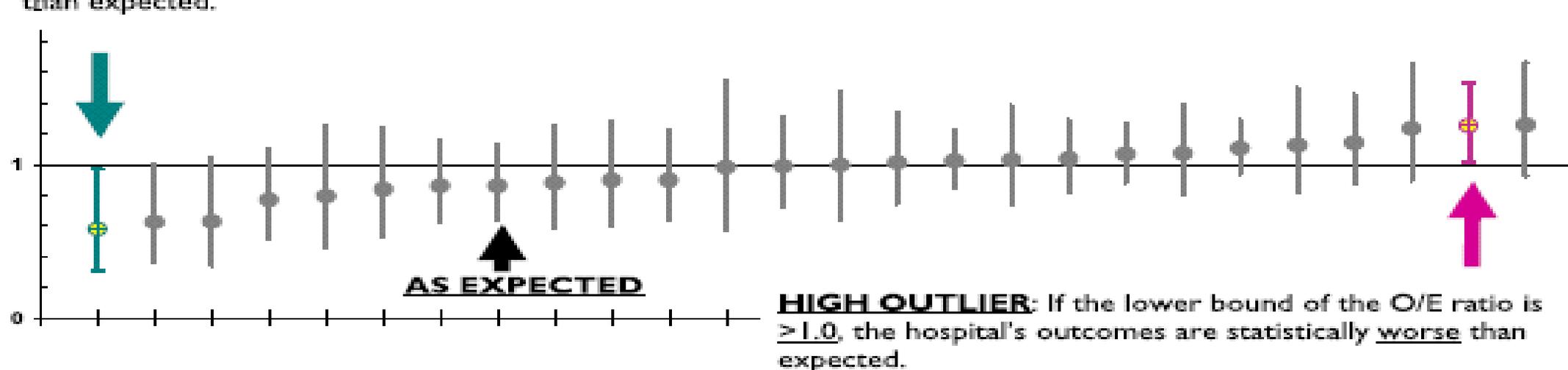
Définissez le problème... soyez au fait de votre rendement

Étalonnage → Les données de qualité supérieure permettent d'ajuster le risque et de comparer les rapports entre les résultats escomptés et les résultats obtenus pour chaque hôpital.

LOW OUTLIER: If the upper bound of the O/E confidence interval is ≤ 1.0 , the hospital's outcomes are statistically better than expected.

Confidence interval

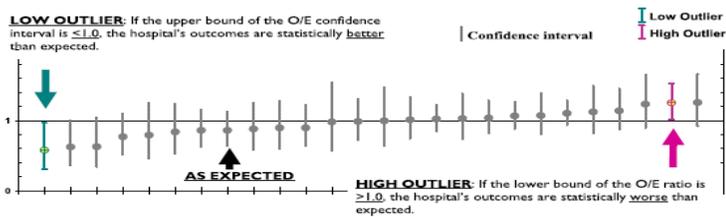
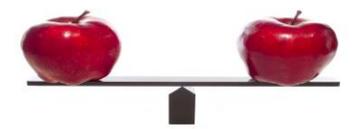
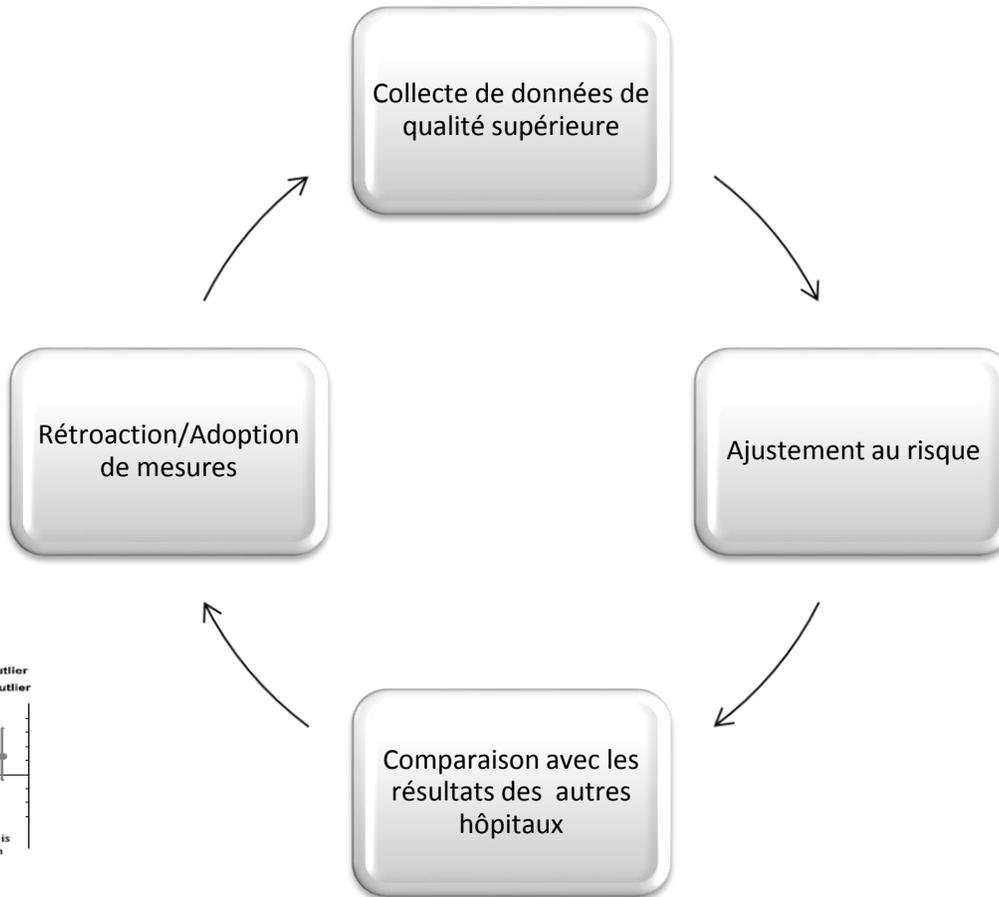
Low Outlier
High Outlier



L'étalonnage peut cerner des secteurs d'amélioration ciblée de la qualité.

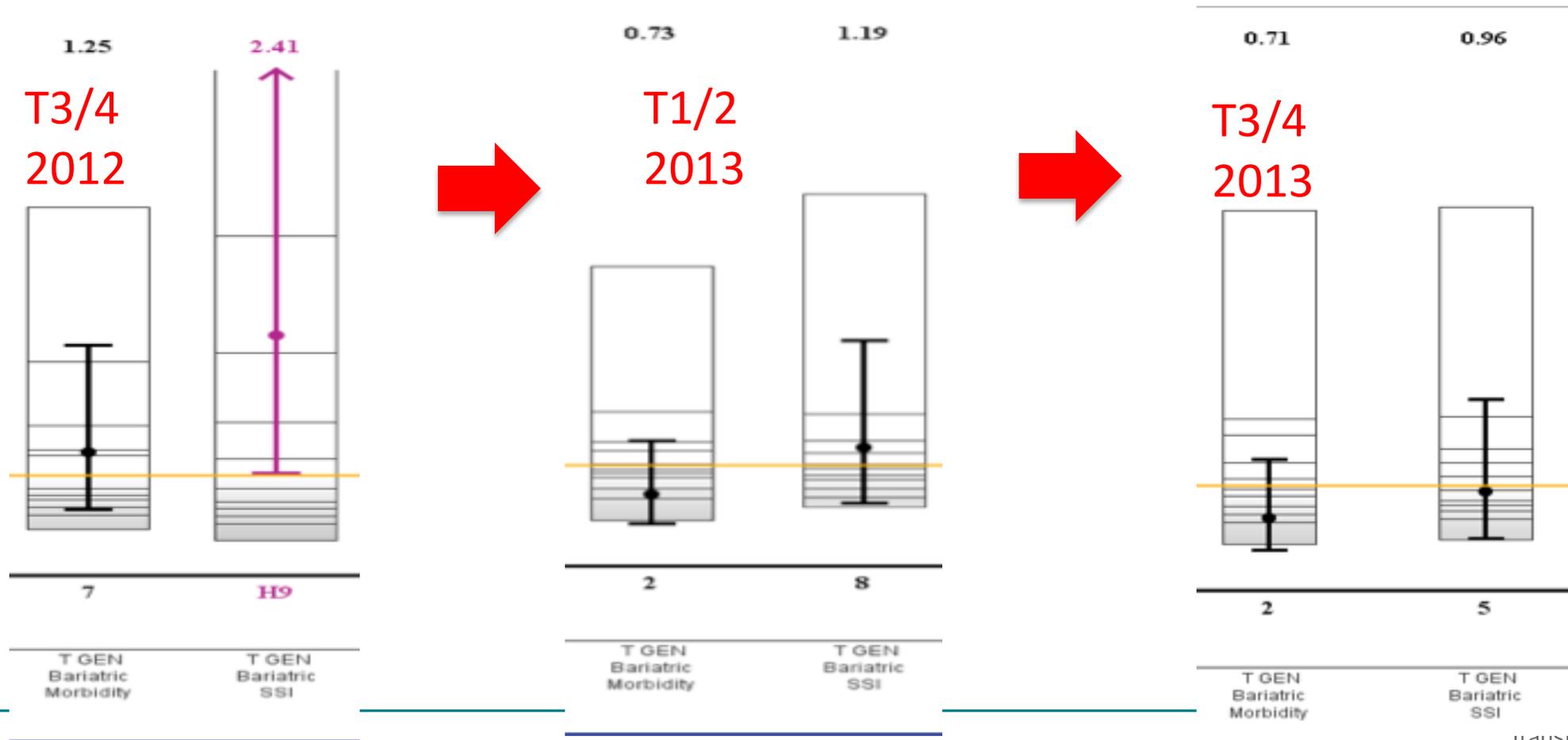
Amélioration continue de la qualité

Amélioration de la qualité ciblée



Conception et essais du changement... « AQ continue »

Améliorations mesurables des soins : traitement des obèses morbides et des infections liées au site opératoire



Rapports de coûts personnalisés : Économie comportementale appliquée à la compression des coûts

Paramètres du rapport

Seuils

Vert : inférieur à la moyenne du groupe

Noir : égal à la moyenne du groupe

Jaune : jusqu'à 5 % supérieur

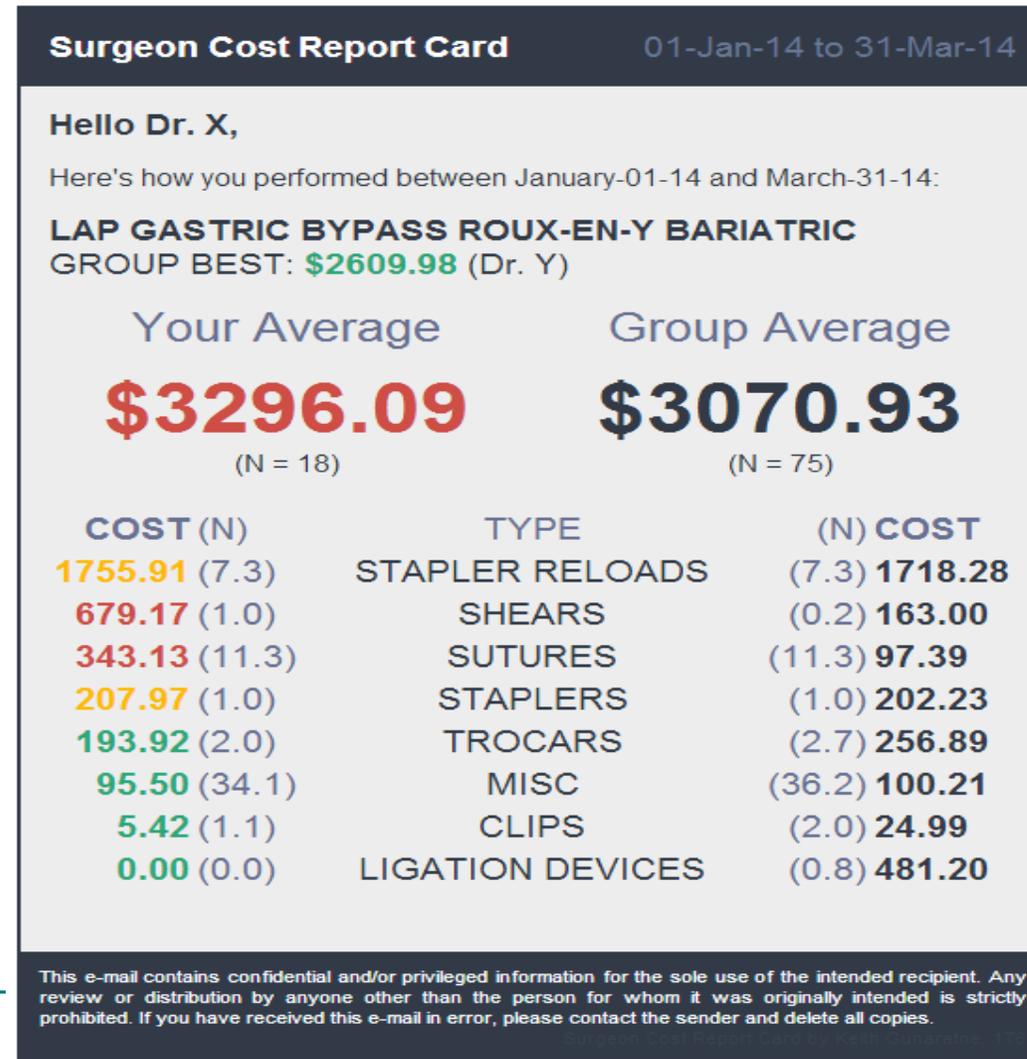
Rouge : jusqu'à 10 % supérieur

Fréquence

Toutes les deux semaines

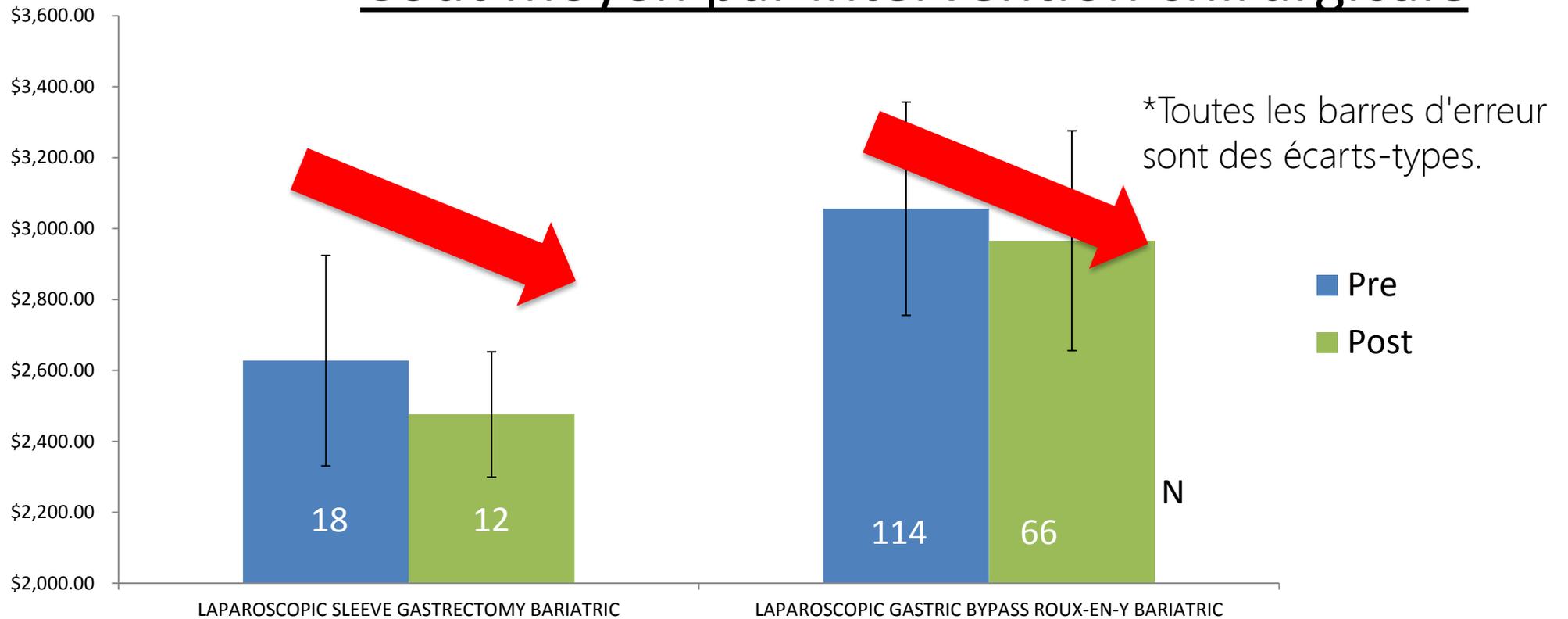
Mécanisme

Message courriel avec confirmation de réception



Rapports sur les coûts des chirurgiens : Compression des coûts fondée sur les données

Coût moyen par intervention chirurgicale



Résumé – Leçons retenues

1. Il est possible de mesurer la qualité d'une intervention chirurgicale.
2. Les données de qualité supérieure qui fournissent de l'information significative, en temps opportun et conduisant à la prise de mesures peuvent servir à améliorer les soins chirurgicaux.
3. L'AQ fondée sur les données constitue une victoire sur trois plans.
 - Patients → diminution des complications
 - Fournisseurs → possibilité d'améliorer les soins
 - Payeurs → potentiel de réduction des coûts
4. Une occasion de se préparer pour les futures politiques relatives à la santé et de les éclairer.

**Alimenter des soins de qualité
Confier les données aux cliniciens
qui prodiguent des soins à
domicile**

Nancy Lefebvre

Directrice générale clinique

Vice-présidente principale, connaissances et pratique

Saint Elizabeth Health Care

Plus de 8 000 membres du personnel
18 000 visites par jour
40 000 km parcourus



Réagir au contexte

Tirer parti des forces

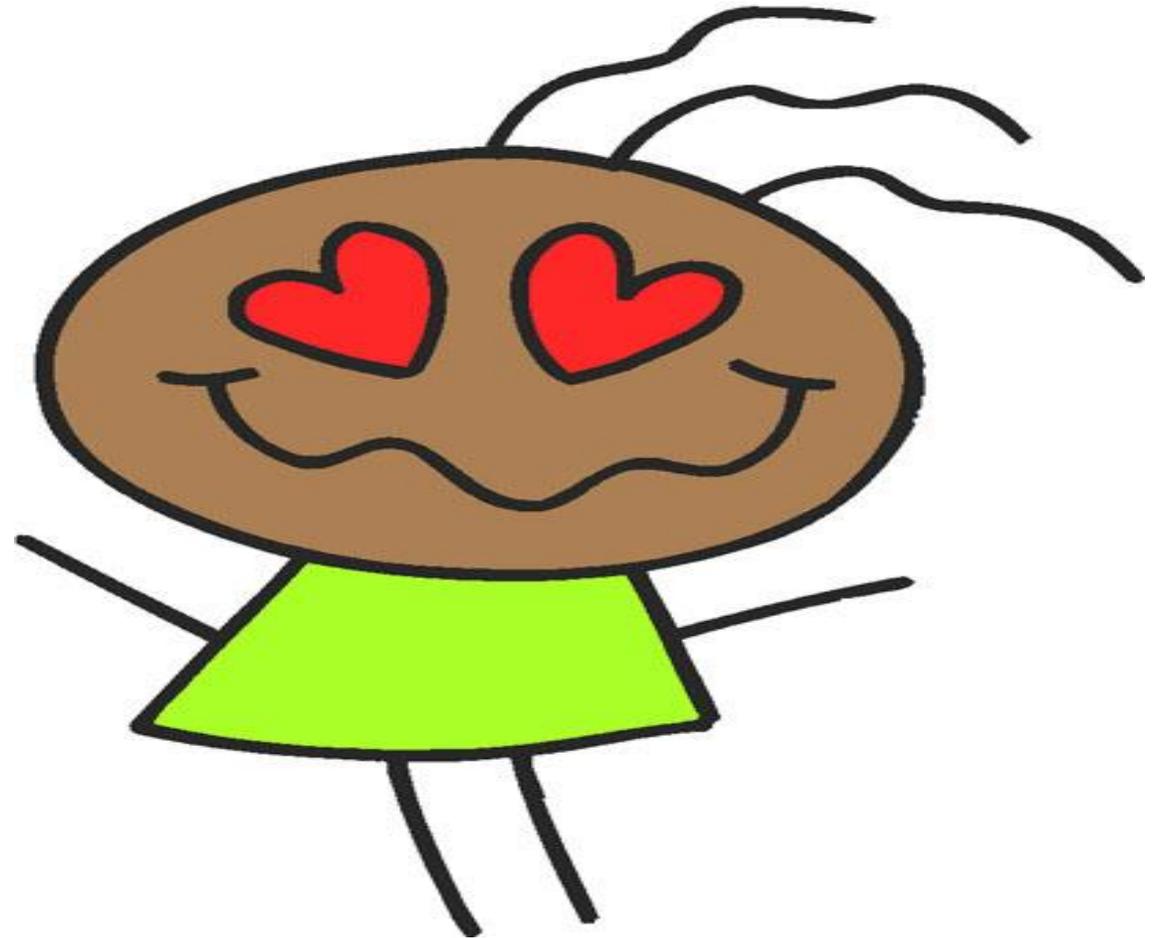


Technologie intégrée



Ne peut diriger à l'aide des données

Passion pour les données



Ne peut diriger à l'aide des données

Engagé envers l'adoption
de données



La force de la détermination de chacun



Comment utilise-t-on les données?

- Elles sont présentées au bon niveau pour nos diverses parties intéressées.
 - Au niveau du client pour les praticiens de première ligne, afin de leur permettre de mettre en pratique des plans de soins individuels pour améliorer les résultats.
 - Des données sommaires sont remises aux membres de nos équipes de direction intermédiaire et de haute direction pour comprendre les résultats regroupés et la manière selon laquelle on peut élaborer des programmes d'amélioration avantageux selon les besoins.

Données selon les tendances

Les données présentées dans nos tableaux de bord permettent d'observer les mesures clés selon les tendances sur différentes périodes.



Les données sont présentées dans leur contexte : la matrice clinique

- Pour mieux comprendre les résultats comme la cicatrisation des plaies, on l'examine dans le contexte de données connexes, notamment :
 - la fréquence des visites;
 - le soulagement de la douleur;
 - la satisfaction globale des clients;
 - la durée du séjour;
 - le lavage des mains (perception des clients);
 - les risques/situations.

Intégrer le processus aux fins de durabilité

- Il faut tout un village pour élever un enfant...



Processus de qualité



Principaux apprentissages

- Importance de comprendre le contexte
- Vous ne pouvez diriger à l'aide de données.
- La force de la détermination de chacun
- Ça prend tout un village

Merci!

Nancy Lefebvre

Vice-présidente principale, directrice clinique générale

Saint Elizabeth Health Care

knowledge@saintelizabeth.com

Sharon Straus

Directrice, programme de transfert des connaissances

St. Michael's

Inspired Care. Inspiring Science.

Sommaire

« Pratiques exemplaires » provisoires en matière de vérification et de rétroaction

Composants de la vérification

Les données sont valides.

Les données sont fondées sur le rendement récent.

Les données portent sur le(s) comportement(s) de l'individu / de l'équipe.

Les cycles de vérification se répètent à mesure que de nouvelles données sont présentées.

Composants de la rétroaction

Présentation multimode comprenant du texte et des commentaires oraux ou du texte et du matériel graphique.

Présentée par une source fiable.

La rétroaction comprend des données de comparaison avec d'autres données pertinentes.

Nature du changement de comportement requis

Le comportement ciblé est susceptible de faire l'objet de rétroaction.

Les personnes visées sont aptes et responsables d'apporter les améliorations.

Cibles, objectifs et plan d'action

Le rendement cible est fourni.

Les objectifs fixés pour le comportement cible sont harmonisés aux priorités personnelles et organisationnelles.

Les objectifs fixés pour le comportement cible sont précis, mesurables, atteignables, pertinents et à durée déterminée.

Un plan d'action clair est fourni quand des écarts sont évidents.

Ivers, N. M. et coll. Implementation Science, 2014-09-14.

Composants de la rétroaction : Y a-t-il un message réalisable?

- Le manque de connaissances est le plus important obstacle à la mise en œuvre.
- Le message devrait comprendre la manière d'accorder la priorité au conseil.

Le manque de connaissances n'est pas le plus important obstacle au TC (transfert de connaissances)

- Examen systématique des obstacles à la mise en œuvre des lignes directrices par les médecins
 - 76 essais
 - 293 obstacles
 - Notamment :
 - un manque de sensibilisation aux lignes directrices;
 - un manque de sensibilisation aux recommandations;
 - un manque de consensus à l'égard des recommandations;
 - un manque de croyance qu'il est possible de mettre en œuvre les recommandations;
 - la présence d'obstacles extérieurs.
 - *JAMA*, vol. 282 (1999), pp. 1458 à 1465.

Le manque de connaissances n'est pas le plus important obstacle

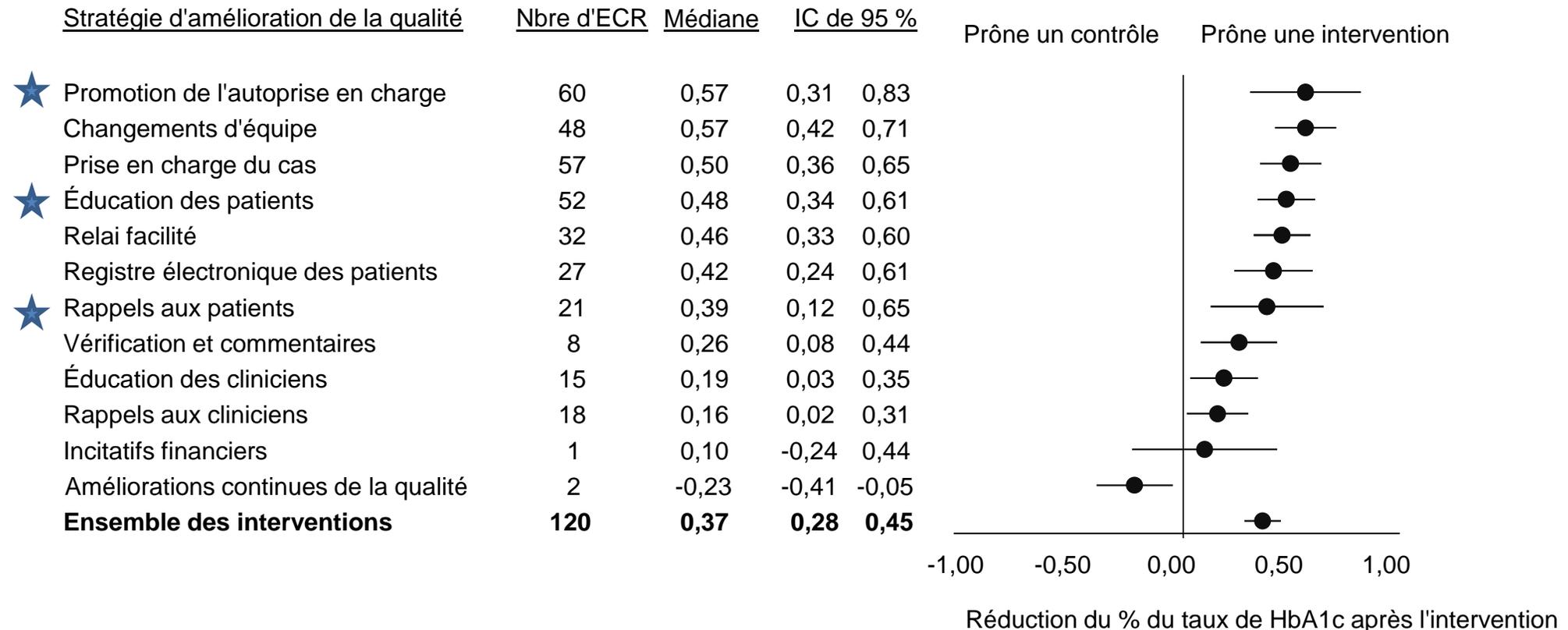
- Offrir des services de prévention à une liste de patients type exigerait 7,4 heures par jour ouvrable.
 - Il faut 3,5 heures par jour pour s'occuper des dix principales maladies chroniques, en soins primaires.
 - » *Annals of Family Medicine*, vol. 3, n° 3 (2005), pp. 209 à 214.
- La mise en œuvre des lignes directrices relatives aux huit principales maladies chroniques au Canada nécessiterait plus de 266 jours.
 - » Kerr, J. R. et coll. CGS 2013.

Destinataires de l'intervention : les cliniciens ne devraient pas être la seule cible

- À examiner l'influence des interventions de TC / d'AQ dans les cas ci-dessous :
 - contrôle de la glycémie;
 - gestion du facteur de risque d'accident vasculaire;
 - surveillance des complications microvasculaires;
 - désaccoutumance du tabac;
 - blessures.

» Tricco, A.C. et coll. *Lancet*, vol. 379 (2012), pp. 2252 à 2261.

Résultats : Méta-analyse d'équilibre glycémique – HbA1c



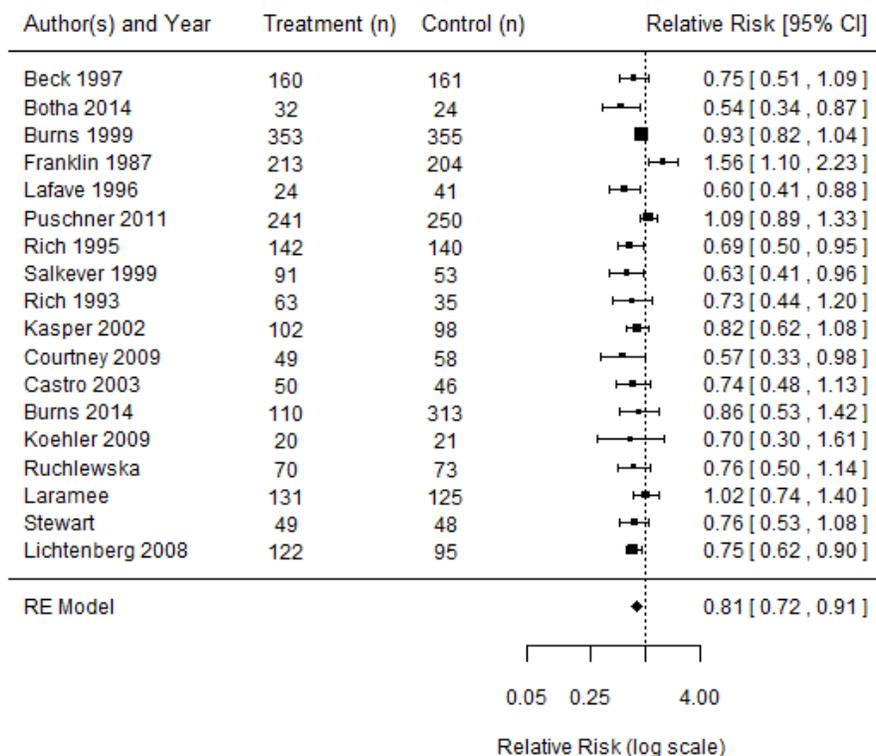
★ PLUS l'intervention des systèmes de santé / fournisseurs

Tricco, A.C. et coll. *Lancet*, vol. 379 (2012), pp. 2252 à 2261.

Interprétation – méta-analyse de régression du taux de HbA1c

- Toutes les catégories d'interventions en AQ/TC semblent efficaces, mais les effets les plus importants sont observés dans les cas ci-dessous.
 - Changements d'équipe
 - Relai facilité
 - Promotion de l'autoprise en charge
 - Prise en charge du cas
 - Éducation des patients
 - Registre électronique des patients
 - Rappels aux patients

Utilisateurs fréquents du système de soins de santé



La prise en compte de la durabilité de l'intervention ne devrait pas attendre à la fin.

- L'examen systématique de la diffusion des innovations dans les organismes de services de santé a signalé que seules deux des 1 000 sources interrogées ont mentionné le terme durabilité.

» Greenhalgh, T. et coll. *A systematic literature review*, Blackwell Publishing, BMJ Books, 2005.

Discussion et période de questions

Une vision pour l'avenir...

- Continuer de renforcer l'échange et le transfert de connaissances et les soutiens à l'amélioration de la qualité pour les rapports personnalisés.
- Harmoniser les rapports personnalisés dans l'ensemble de la province pour faciliter l'accès à l'information, chaque fois que c'est raisonnable.
- Élaborer un écosystème en ligne pour les rapports personnalisés (p. ex., des tableaux de bord standard avec la possibilité pour les utilisateurs de personnaliser les rapports).
- Inclure des données non administratives (DME, expérience du patient) dans les rapports.