

Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes

APPUYER MAILLONS SANTÉ
meilleureAPPROCHE
Soins de santé adéquats prodigués en temps voulu et axés sur la personne



Gestion des maladies
chroniques



Section 1

Introduction et vue d'ensemble

REMERCIEMENTS

Ce manuel est le résultat des efforts de Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Pour connaître les autres ressources, contactez : Qualité des services de santé Ontario www.hqontario.ca.

Il est possible de reproduire ces documents pour usage personnel à condition de mentionner la source appropriée. La mention recommandée pour ce guide de référence est : Qualité des services de santé Ontario (novembre 2012).

QSSO est un organisme financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue officiel du ministère.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013



Table des matières

| | | |
|------------------|---|----|
| Section 1 | Introduction et vue d'ensemble | |
| 1.1 | Vue d'ensemble de l'initiative meilleureAPPROCHE | 5 |
| 1.2 | Sources des données probantes utilisées dans cet ensemble de concepts de changement | 7 |
| Section 2 | Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement | |
| 2.1 | Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement | 9 |
| | Changements qui aboutiront à une amélioration | 9 |
| | Organisation du contenu | 9 |
| Section 3 | Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques | |
| 3.1 | Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques | 11 |
| | Pourquoi mettre l'accent sur la gestion des maladies chroniques? | 13 |
| | Comment améliorer la gestion des maladies chroniques? | 14 |
| Section 4 | Concepts de changement | |
| 4.1 | Concepts de changement | 16 |
| | Adopter des aides à la décision permettant d'offrir des soins fondés sur des données probantes | 17 |
| | Utiliser les systèmes de gestion de l'information pour aider à l'élaboration d'une approche proactive en matière de soins et pour tenir les patients informés | 17 |
| | Le premier rôle en matière de santé et de prise en charge de la maladie chronique revient au patient. | 18 |

Le manuel se compose de six sections faciles à consulter :

| | | | |
|--|----------|-------------------------------|----------|
| Introduction et vue d'ensemble | 1 | Concepts de changement | 4 |
| Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement | 2 | Glossaire | 5 |
| Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques | 3 | Annexe | 6 |

| | | |
|------------------|---|----|
| | Offrir une surveillance et une gestion optimales des soins liés aux maladies chroniques et des soins préventifs | 19 |
| | Intégrer des spécialistes et des ressources communautaires dans le cabinet de soins primaires | 19 |
| 4.2 | Mieux comprendre les concepts de changement | 20 |
| | Adopter des aides à la décision permettant d'offrir des soins fondés sur des données probantes | 20 |
| | Pourquoi est-ce important? | 20 |
| | Problèmes et défis typiques | 21 |
| | BOÎTE À OUTILS | 22 |
| | Utiliser les systèmes de gestion de l'information pour gérer et organiser les soins | 24 |
| | Pourquoi est-ce important? | 24 |
| | Problèmes et défis typiques | 25 |
| | OUTIL | 25 |
| | Le premier rôle en matière de santé et de prise en charge de la maladie chronique revient au patient | 26 |
| | Pourquoi est-ce important? | 26 |
| | Problèmes et défis typiques | 30 |
| | BOÎTE À OUTILS | 31 |
| | Offrir une surveillance et une gestion optimales des soins liés aux maladies chroniques et des soins préventifs | 34 |
| | Pourquoi est-ce important? | 34 |
| | Problèmes et défis typiques | 36 |
| | BOÎTE À OUTILS | 37 |
| | Intégrer des spécialistes et des ressources communautaires dans le cabinet de soins primaires | 38 |
| | Pourquoi est-ce important? | 38 |
| | Problèmes et défis typiques | 39 |
| | BOÎTE À OUTILS | 40 |
| Section 5 | Glossaire | |
| 5.1 | Glossaire | 42 |
| Section 6 | Annexe | |
| | Références | 45 |

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

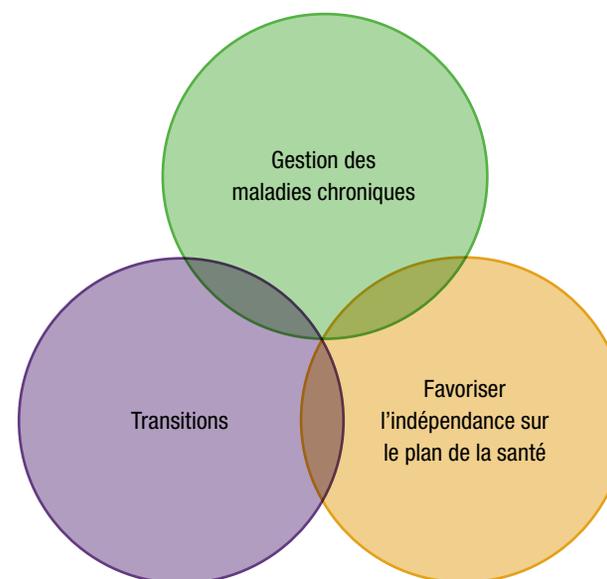
Section 5

Section 6

1.1 Vue d'ensemble de l'initiative meilleureAPPROCHE

L'initiative meilleureAPPROCHE de Qualité des services de santé Ontario est centrée sur des éléments clés de la prestation de soins de santé qui définissent le mieux la meilleure « APPROCHE » : des soins de santé prodigués en temps voulu et axés sur la personne. L'initiative favorisera l'optimisation des soins offerts à la population ontarienne atteinte de maladies chroniques au sein du système de soins de santé. Les personnes souffrant d'un ou de plusieurs troubles de santé, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, les coronaropathies, les accidents vasculaires cérébraux et la maladie pulmonaire obstructive chronique, ont des besoins complexes en matière de soins qui nécessitent l'accès à des soins primaires, à des soins à domicile, à des hôpitaux et à des spécialistes. Il est essentiel d'établir une communication continue ainsi que d'assurer la continuité des soins et une **transition** harmonieuse entre ces types de soins pour bien gérer ces affections et veiller à ce que les patients reçoivent invariablement les traitements dont l'utilité est prouvée scientifiquement. Autrement, leur état pourrait s'aggraver et mener à des hospitalisations qui auraient pu être prévenues. Mais une coordination efficace de soins prodigués de façon sécuritaire, éprouvée et fondée sur des données probantes, autant par l'administration de médicaments et le suivi appropriés que par l'accès rapide aux services et aux procédures, peut améliorer la qualité de vie et réduire le fardeau des familles et du système de soins de santé.

L'initiative meilleureAPPROCHE met l'accent sur des domaines d'amélioration distincts, mais reliés au sein du système de soins de santé : les transitions en matière de soins, la gestion des maladies chroniques et la capacité des personnes à mener une vie autonome et sécuritaire à domicile.



1.1 Vue d'ensemble de l'initiative meilleureAPPROCHE

Pour s'attaquer à ces lacunes dans la prestation de soins de santé, une transformation s'impose à l'échelle du système. Le programme de l'initiative meilleureAPPROCHE permettra la transformation du système par l'établissement d'un triple but pour réorienter ce système, et ainsi offrir :

1. **de meilleurs soins** – améliorer l'expérience en rendant les soins plus accessibles, et assurer des déplacements en douceur dans le système en assurant des communications claires et une solide participation autant entre les fournisseurs de soins qu'entre eux et les patients;
2. **une meilleure santé** – améliorer les résultats pour les personnes atteintes d'une maladie chronique grâce à l'utilisation de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes;
3. **un meilleur rendement** – s'assurer que les soins sont dispensés dans le cadre le plus approprié, réduisant ainsi les taux d'hospitalisation non nécessaire et contribuant à l'utilisation optimale des ressources.

1.2 Sources des données probantes utilisées dans cet ensemble de concepts de changement

Les concepts de changement et les idées présentés dans cet ensemble proviennent de différentes sources et d'une variété de données probantes, notamment : des analyses et des examens portant sur des sujets précis et fondés sur des données probantes, réalisés par Qualité des services de santé Ontario ou des tiers; des ensembles de concepts de changement ou des programmes fondés sur des données probantes, mis de l'avant par d'autres organismes (comme l'Institute for Healthcare Improvement ou l'Institut canadien pour la sécurité des patients); des articles évalués par des pairs; de la littérature grise. Par conséquent, la quantité de données probantes à l'appui n'est pas la même pour tous les concepts de changement.

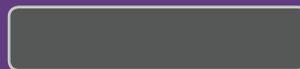
Il était important de recueillir le témoignage des personnes souffrant de maladies chroniques, de même que celui d'un grand éventail de fournisseurs (p. ex. dans différents secteurs ou rôles professionnels).

À partir des consultations externes et des données probantes recueillies, quelques sujets ont été inclus dans les trois ensembles de concepts de changement de l'initiative meilleureAPPROCHE, soit : l'importance d'intégrer des lignes directrices pratiques fondées sur des données probantes; le renforcement de la **littératie en matière de santé** et de la capacité de gestion autonome de la santé et des soins de santé; la réduction de la **fragmentation des soins**. Il importe de noter que ces sujets ont trait aux obstacles à la collaboration et servent à mettre les besoins d'une personne à l'avant-plan.

Le continuum de données probantes utilisé pour produire chacun des concepts de changement est également présenté.

Section 2

Comment utiliser
cet ensemble
de concepts de
changement



2.1 Comment utiliser cet ensemble de concepts de changement

Changements qui aboutiront à une amélioration

Les changements ne donnent pas tous lieu à une amélioration. Cependant, toute amélioration nécessite des changements. L'élaboration, l'essai et la mise en œuvre de changements font partie intégrante de toute démarche d'amélioration. Mais quels types de changements mènent à une amélioration? Ce guide décrit les **concepts de changement**, soit les idées et les innovations qui se sont avérées utiles dans différents domaines des soins de santé et dans l'élaboration d'idées ou de changements précis qui aboutiront à une amélioration¹. Certains concepts de changement sont d'un ordre plutôt général et ont pour but de présenter les sujets propices à l'amélioration, tandis que d'autres sont précis et s'appliquent à un problème ou à un domaine d'intérêt en particulier.

Combiner ces concepts aux connaissances sur le rendement et les problèmes actuels du système renforcera la capacité de l'équipe à tester et à mettre en œuvre des solutions qui aborderont la cause fondamentale des problèmes, et ce, sans compromettre le coût ni la qualité.

Organisation du contenu

Le présent ensemble de concepts de changement contient des renseignements qui peuvent être consultés soit dans l'ordre, en vue d'accomplir une tâche (ou une série de tâches) donnée, soit de façon sélective et ponctuelle, selon les besoins.

Cet ensemble comprend ce qui suit :

- un **aperçu** démontrant l'importance de la gestion efficace des maladies chroniques et la manière dont un manque de connaissances et de gestion peut entraîner des résultats désastreux pour les personnes souffrant d'une maladie chronique;
- **cinq concepts de changement clés** qui doivent être envisagés pour gérer la santé d'une personne atteinte d'une maladie chronique;
- **examen** approfondi des concepts de changement, notamment des données sur l'importance de ces concepts et sur la façon dont ils s'inscrivent dans la gestion des maladies chroniques. Outils, ressources et discussions sur les difficultés et les défis communs.

Section
1

Section
2

Section
3

Section
4

Section
5

Section
6

Section 3

Vue d'ensemble
de la gestion des
maladies chroniques



3.1 Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques

La gestion des maladies chroniques est complexe et difficile pour la personne souffrant d'une maladie chronique, sa famille et ses fournisseurs de soins de santé. Le modèle de prise en charge des malades chroniques de Wagner (Chronic Care Model (CCM)) décrit les soins dispensés aux malades chroniques comme étant [traduction] « la prévention, le diagnostic, la gestion et la palliation des maladies chroniques »². Cette définition est reconnue à l'échelle mondiale comme la principale façon de faire face aux défis découlant des maladies chroniques. De nombreux défis sont associés aux soins optimaux à apporter aux personnes souffrant de maladies chroniques. Par exemple, il faut être vigilant dans la surveillance de plusieurs indicateurs de santé pour garantir les meilleures interventions thérapeutiques possible. De plus, il est important de nouer des liens productifs de collaboration avec les patients et leur famille, les spécialistes et d'autres fournisseurs de soins qui les soutiennent au quotidien dans leur maladie.

Le Cadre ontarien de prévention et de gestion des maladies chroniques vise avant tout le soutien et le perfectionnement des compétences d'**autogestion**. Le Cadre ontarien de prévention et de gestion des maladies chroniques s'inspire du modèle élargi de soins de la Colombie-Britannique³ et du modèle de Wagner sur les soins des maladies chroniques (Chronic Care Model)⁴, selon lequel bon nombre de personnes, à l'aide de la formation et du soutien adéquats, peuvent influencer la progression de leur maladie en s'engageant activement dans leur santé.

Selon Wagner, la clé d'une prise en charge optimale d'une maladie chronique réside dans les interactions positives entre la personne et son équipe de santé clinique et dans un cadre favorisant une approche d'autogestion fiable et fondée sur des preuves⁵. Ultimement, le modèle de prise en charge vise à informer la personne atteinte d'une maladie chronique et à la rendre proactive et engagée ainsi qu'à lui faire bénéficier d'une équipe de soins préparée et prenant des initiatives⁶.

Les maladies chroniques se développent lentement et s'aggravent au fil du temps. La médecine contribue à ralentir la progression de la maladie chronique. Toutefois, les guérisons complètes sont rares. De nombreux facteurs contribuent au développement et à la progression d'une maladie chronique, y compris les habitudes de vie (la cigarette, la consommation excessive d'alcool, un mauvais régime alimentaire, le manque d'exercice). Beaucoup d'autres facteurs exposent également les gens au risque de développer une maladie chronique, d'avoir une qualité de vie diminuée ou de mourir prématurément. Par conséquent, selon des données probantes, de nombreuses personnes peuvent freiner ou ralentir la progression de leur maladie et celle des symptômes associés, simplement à l'aide de la formation et du soutien appropriés⁷.

Bodenheimer et ses collaborateurs incitent sur le fait que les personnes souffrant de maladies chroniques sont leur principal fournisseur de soins. Les professionnels de la santé, à titre de consultants, peuvent jouer un rôle de soutien primordial. Chaque jour, c'est à la personne de décider ce qu'elle mangera, si elle fera de l'exercice, et dans quelle mesure elle suivra le **plan de soins**  préétabli ou prendra ses médicaments prescrits⁸.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

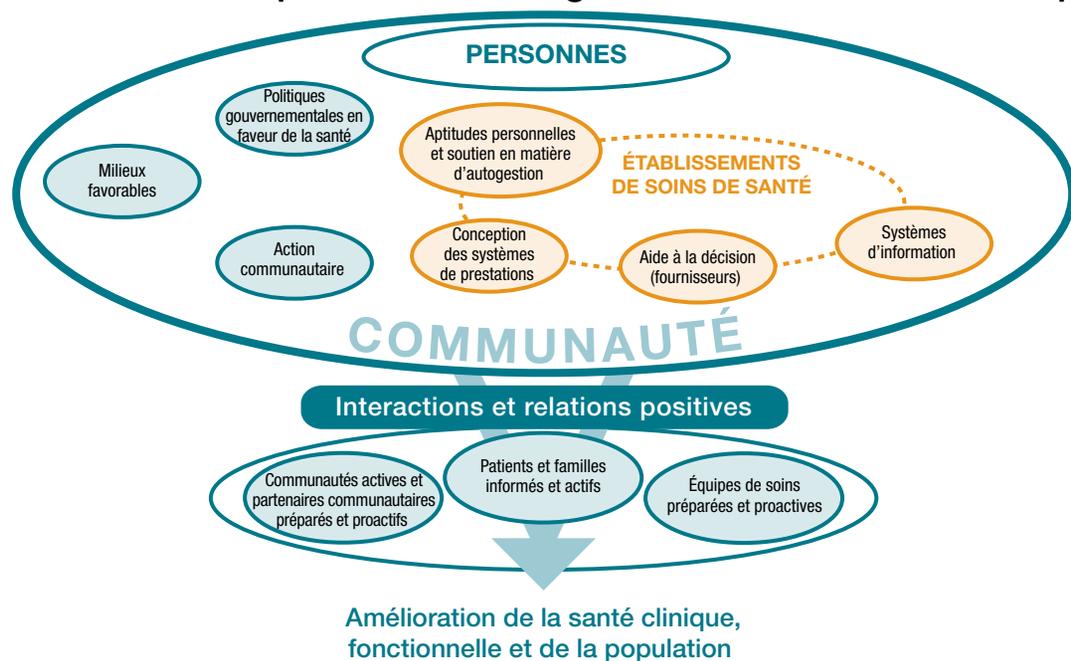
Section 5

Section 6

3.1 Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques

Figure 1 : Cadre ontarien de prévention et de gestion des maladies chroniques

Cadre ontarien de prévention et de gestion des maladies chroniques



Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

3.1 Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques

Pourquoi mettre l'accent sur la gestion efficace des maladies chroniques?

Les maladies chroniques, comme l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète et la pneumopathie, deviennent de plus en plus courantes, surtout chez la population vieillissante⁹. Au Canada, on estime qu'environ une personne sur trois souffre d'une maladie chronique¹⁰. De plus, les clients atteints d'une maladie chronique font souvent face à une trajectoire complexe en raison de maladies concomitantes multiples¹¹. Les maladies chroniques sont habituellement gérées à l'extérieur de l'hôpital par des spécialistes, des équipes de soins communautaires et des équipes de soins primaires, ainsi que par les clients eux-mêmes¹². Toutefois, si les soins et les communications afférentes ne sont pas bien coordonnés, des erreurs relatives aux médicaments et une surveillance insuffisante risquent de se produire et entraîner de la frustration et de l'incertitude chez les clients et leur famille. Les clients diagnostiqués avec une maladie chronique s'exposent également à une qualité de vie diminuée, à des événements indésirables en matière de santé, à des visites aux urgences et à plusieurs hospitalisations si leur maladie n'est pas bien contrôlée¹³.

Le système de soins de santé de l'Ontario a été conçu pour traiter les maladies aiguës plutôt que les maladies chroniques. Par conséquent, les pratiques médicales sont généralement organisées de façon à répondre aux besoins des patients souffrant d'une maladie aiguë, c'est-à-dire de courte durée, urgente ainsi que relativement facile à diagnostiquer et à traiter. Le système de soins est plutôt réactif : il répond aux problèmes de santé aigus lorsqu'ils se présentent. Par conséquent :

- Les praticiens comptent sur la personne pour communiquer avec les fournisseurs de soins œuvrant dans le système.
- Les patients sont habituellement passifs pendant que les praticiens prescrivent un traitement.
- Les visites sont axées sur le traitement des symptômes plutôt que sur l'atteinte d'objectifs et la promotion de la santé.
- Favoriser la santé des clients, prévenir les maladies, les blessures et les handicaps, ainsi qu'assurer la continuité des soins parmi les fournisseurs ne constituent pas des priorités du système.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

3.1 Vue d'ensemble du volet Gestion des maladies chroniques

Ces caractéristiques font en sorte que le modèle de soins établi n'est pas en mesure de s'attaquer aux maladies chroniques¹⁴. En tenant compte de cette réalité, les concepts de changement présentés dans cet ensemble de concepts de changement sont conçus pour aider les équipes de prestation de soins de santé à devenir plus proactives et préparées en répondant à quelques questions¹⁵ :

- Que faire pendant les interactions avec la personne ou sa famille pour l'encourager à devenir la personne responsable de surveiller sa maladie chronique?
- De quelle façon est-il possible d'offrir du **soutien en matière d'autogestion**,  aux patients et à leur famille, et qui devrait le faire?
- Comment le soutien en matière d'autogestion peut-il intégrer systématiquement des soins fondés sur des données probantes?
- De quelle façon les données sur la personne et sur la population doivent-elles être organisées et utilisées pour faciliter le soutien en matière d'autogestion?
- Comment devenir des participants actifs et mobiliser la communauté pour renforcer le soutien en matière d'autogestion?
- Comment créer une culture organisationnelle ainsi que des processus et des mécanismes qui promeuvent un soutien en matière d'autogestion sécuritaire et de haute qualité?

Comment améliorer la gestion des maladies chroniques?

Les maladies chroniques peuvent être gérées de façon plus efficace grâce à l'utilisation d'une approche personnalisée nécessitant la collaboration et la communication entre les patients et leurs soignants¹⁶. L'utilisation des technologies pour gérer l'information et communiquer avec tous les secteurs du système de soins de santé, y compris les fournisseurs, les patients et leurs soignants, permettra d'établir une approche globale en matière de soins. Aider les personnes à devenir des partenaires dans le cadre de la prestation de leurs soins favorisera l'autogestion. L'établissement de relations de collaboration avec des spécialistes et d'autres partenaires communautaires entraînera une surveillance et une gestion améliorées des maladies chroniques.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Section 4

Concepts de changement



4.1 Concepts de changement

Cinq concepts de changement clés ont été cernés pour combler les principales lacunes afin d'aider les personnes, souffrant ou non de maladies chroniques, à mener une vie autonome et sécuritaire à domicile.

CONCEPT DE CHANGEMENT

1. Adopter des aides à la décision permettant d'offrir des soins fondés sur des données probantes
2. Utiliser les systèmes de gestion de l'information pour aider à l'élaboration d'une approche proactive en matière de soins et pour tenir les patients informés
3. Permettre à la personne de jouer un rôle central en matière de santé et de prise en charge de sa maladie chronique
4. Offrir une surveillance et une gestion optimales des soins liés aux maladies chroniques et des soins préventifs
5. Intégrer des spécialistes et des ressources communautaires dans le cabinet ou l'équipe de soins primaires

CONTINUUM DE DONNÉES PROBANTES

- Littérature grise, opinions d'experts, pratiques prometteuses définies par des essais sur le terrain
- Revue systématique effectuée par des tiers, littérature grise, opinions d'experts, pratiques prometteuses définies par des essais sur le terrain, de la littérature grise, des opinions d'experts, les dernières innovations
- Revue systématique publiée, littérature grise, opinions d'experts, pratiques prometteuses définies par des essais sur le terrain
- Littérature grise, opinions d'experts, pratiques prometteuses définies par des essais sur le terrain
- Littérature grise, opinions d'experts, pratiques prometteuses définies par des essais sur le terrain

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.1 Concepts de changement

Adopter des aides à la décision permettant d'offrir des soins fondés sur des données probantes

- Utiliser des feuilles de soins (ou un dossier médical électronique (ou une vignette de dossier médical électronique [DME]) pour permettre une discussion fondée sur des données probantes et la planification des soins pendant la visite de la personne (p. ex. examen annuel des pieds et associé à la rétinopathie et à la neuropathie pour les personnes diabétiques, discussion sur l'abandon du tabac pour les fumeurs).
- Utiliser des alertes et des fonctions de rappel électronique pour aviser l'équipe de soins que des activités de prévention primaires et secondaires d'une personne sont prévues (p. ex. vaccins, analyses de sang et examens de contrôle, comme l'hémoglobine glyquée).
- Communiquer de l'information sur des soins fondés sur des données probantes avec les patients; les aider à reconnaître les soins optimaux et à gérer leurs soins à domicile.
- Informer les membres des équipes de soins primaires sur les données probantes et les lignes directrices concernant les pratiques exemplaires.

Utiliser les systèmes de gestion de l'information pour aider à l'élaboration d'une approche proactive en matière de soins et pour tenir les patients informés.

L'objectif d'un système de gestion de l'information sur les soins de santé qui est efficace est de veiller à ce que les données sur la personne et sur la population soient exactes, complètes et accessibles. De telles données permettent :

- une planification et une administration proactives des soins fondées sur :
 - des avertissements et des rappels en temps voulu pour les fournisseurs et les clients ou patients concernant des rendez-vous ou des étapes à venir;
 - la détermination des sous-populations pertinentes qui bénéficieront de soins plus personnalisés ou plus complexes;
- une planification personnalisée des soins, y compris :
 - une gestion optimale des médicaments;
 - un suivi des diagnostics, des recommandations et des rapports de consultation;
 - un résumé des objectifs et de l'évolution (surveillance).

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.1 Concepts de changement

- une communication de l'information pertinente à la personne et aux fournisseurs en vue de coordonner les soins;
- une surveillance du rendement de l'équipe et du système de soins de santé;

Le premier rôle en matière de santé et de prise en charge de la maladie chronique revient au patient.

- Chaque interaction entre la personne et son fournisseur de soins primaires doit comprendre une évaluation des compétences d'autogestion et de l'état clinique.
 - Intégrer le soutien en matière d'autogestion, y compris l'évaluation des compétences, la fixation d'objectifs et la planification, la surveillance, la résolution de problèmes et le suivi actif à la pratique et à chaque interaction. Créer un plan de soins commun.
 - Offrir des soins que la personne et ses soignants comprennent, qui atteignent les objectifs visés et qui tiennent compte des préférences. Communiquer de l'information (résultats d'analyse, résultats de consultation) à la personne et à ses soignants et en discuter avec eux. Utiliser des graphiques ou d'autres éléments visuels pour aider la personne à comprendre sa maladie.
- Créer des outils que la personne apportera à sa visite suivante, comme un journal d'autosurveillance, une liste d'incidents ou de préoccupations, des questions, une liste de médicaments à jour.
 - De même, à chaque visite, donner à la personne ou aux soignants dans la famille une occasion de parler de leurs expériences, et poser des questions. Par exemple, au cours des deux dernières semaines :
 - Vous êtes-vous senti à bout de souffle en marchant?
 - Les activités courantes posent-elles des difficultés?
 - Vous sentez-vous déprimé? Avez-vous peu d'intérêt à faire des activités?
 - De quoi souhaitez-vous parler aujourd'hui?
 - Organiser les cabinets et les systèmes de prestation de soins afin qu'ils soient axés sur les personnes. Connaître et comprendre les objectifs et les exigences de surveillance de la personne ainsi que les étapes à venir.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.1 Concepts de changement

Offrir une surveillance et une gestion optimales des soins liés aux maladies chroniques et des soins préventifs

- Préparer la visite de la prochaine personne (p. ex. veiller à ce que le dossier contienne les renseignements sur la recommandation ou la consultation ainsi que les plus récents résultats de laboratoire)
- Tenir des réunions flash avec l'équipe de soins primaires pour passer en revue la journée (ou la semaine), en fonction des besoins des personnes dont la visite est prévue, pour discuter de ce qui est nécessaire, des préoccupations, etc. en vue de préparer les visites et de répondre à la demande
- Utiliser des ordonnances permanentes et des directives médicales (p. ex. pour la modification du dosage de l'insuline) pour offrir des soins fondés sur des données probantes
- Optimiser les visites pour répondre aux multiples besoins des patients pendant qu'ils sont dans le bureau
- Offrir un accès avancé (ou un accès le jour souhaité) à tous les patients du groupe
- Prévoir la prochaine visite avant que la personne ne quitte le bureau

Intégrer des spécialistes et des ressources communautaires dans le cabinet de soins primaires

- Mettre en place des processus pour l'utilisation des services spécialisés : procédure de recommandation, renseignements et processus nécessaires pour obtenir un rapport des services spécialisés concernant la visite de la personne et le plan de soins qui en découle
- Jumeler les personnes aux ressources communautaires adéquates (p. ex. programmes de santé publique pour l'abandon du tabac, CASC, installations récréatives locales, programmes/groupes/soutien offerts par des ONG)
- Mettre en place des processus pour une transition en douceur et la communication relativement aux personnes recevant des soins spécialisés et actifs

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Cette partie donne un aperçu détaillé de chacun des concepts de changement, des raisons de leur importance ainsi que des échecs possibles dans certains aspects des soins d'une personne. Elle offre aussi des outils et des ressources, ciblés et fondés sur des données probantes, qui contiennent des directives et des modèles sur la manière de mettre en œuvre le changement.

Adopter des aides à la décision permettant d'offrir des soins fondés sur des données probantes

Pourquoi est-ce important?

La diffusion de lignes directrices fondées sur des données probantes est le point de départ des aides à la décision et non leur objectif¹⁷. Des lignes directrices jonchent les bureaux et ornent les bibliothèques des équipes de soins dans tous les secteurs de la santé. Bien qu'il soit important de connaître les éléments probants et les lignes directrices liés à la pratique, il peut être difficile de les intégrer à la pratique. La prise de décisions cliniques fondées sur des données probantes est facilitée lorsque les données probantes sont accessibles en temps réel (p. ex pendant la visite du patient)

Les lignes directrices appuient la mise en œuvre d'activités de dépistage primaires et secondaires ainsi que le traitement des maladies. Grâce à l'étude des données et à la surveillance des indicateurs de pratique correspondant aux recommandations des lignes directrices, les établissements de soins de santé peuvent améliorer la gestion individuelle et la gestion de groupe. Par exemple, le personnel infirmier peut être mobilisé chaque automne pour soutenir les campagnes de vaccination contre l'influenza dans la communauté, dans les équipes de renouvellement des soins primaires, les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux.

Un cabinet de soins primaires peut s'associer à un optométriste local pour augmenter le dépistage de la rétinopathie diabétique. Il est plus facile que jamais d'avoir accès à l'information sur la gestion de la santé et du bien-être ainsi que sur les maladies chroniques. Les équipes de soins peuvent soutenir et permettre la prise de décisions éclairées en communiquant des lignes directrices fondées sur des éléments probants dans un format et d'une manière qui conviennent à l'utilisateur. Il faut tenir compte du niveau de littératie en matière de santé et des préférences de la personne relativement à l'acquisition, à l'organisation et à la synthèse de l'information. En vue d'avoir des interactions efficaces avec les patients, les équipes de soins devront se perfectionner en pratique collaborative, en techniques d'entrevue et en soutien d'autogestion.

La formation en soins de santé et le perfectionnement professionnel ne doivent pas se limiter aux aspects cliniques. De nouvelles compétences sont nécessaires pour obtenir les interactions patient-fournisseur et les changements de pratique qui donneront lieu à des professionnels et des équipes de santé proactifs ainsi qu'à des patients informés et actifs.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

CONSEILS!

- Facilitez les bons gestes à poser pour les membres de l'équipe de soins : intégrez les lignes directrices dans les feuilles de soins et les modèles de DME, et rendez accessibles ces lignes directrices dans des documents conviviaux permettant de trouver l'information en un coup d'œil.
- Communiquez les lignes directrices aux personnes et aux **soignants** dans un format qui est facile à comprendre. Tenez compte de la littératie ainsi que de la culture pour la présentation de l'information.
- Prenez connaissance des nombreuses manières et des nombreux endroits permettant aux personnes de consulter l'information et de mener leur vie.

Problèmes et défis typiques

- Être à jour des nouvelles données probantes et des nouvelles lignes directrices représente un défi pour tout fournisseur.
- En fonction des nouvelles lignes directrices et des nouvelles données probantes, les ressources relatives à la pratique nécessitent un contrôle permanent et de constantes mises à jour pour demeurer pertinentes. Il faut constamment revoir les documents à distribuer aux patients, les modèles et les feuilles de soins.

- Il peut y avoir des lignes directrices donnant des recommandations contraires lorsque plusieurs facteurs de risque et une comorbidité sont présents.
- Les patients reçoivent de l'information de plusieurs sources. Ils peuvent recevoir trop d'information, recevoir de l'information contradictoire ou avoir accès à de l'information peu fiable.
- Bien souvent, on ne tient pas compte des besoins et des préférences individuelles lorsqu'on remet des documents fondés sur des éléments probants. Une approche universelle du matériel d'information et de soutien n'est pas efficace. Il faut tenir compte des besoins individuels et s'y adapter.
- La formation du patient et le soutien d'autogestion commencent et se terminent par des documents, des outils et des ressources Web. La mention des pratiques exemplaires et des éléments probants doit être intégrée aux conversations et aux communications pour appuyer la prise de décisions éclairées relativement à la gestion de la santé et à la maladie chronique.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



Ressources facilitant l'intégration des lignes directrices cliniques à chaque visite et la communication des éléments probants à une personne ou aux membres de sa famille.

- Faisons face au diabète – Mon passeport diabète et la carte Mon objectif
<http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/diabetes/card/>
- Plan d'action pour la MPOC www.poumon.ca/pdf/1408_THOR_ActionPlan_fre-v1.pdf
- Recommandations pour la prise en charge de la MPOC – Mise à jour de 2008
http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/cts_copd_slim_jim_2008_fr.pdf
- My Favourite Medicine – Blogue du D^r Mike Evans sur la communication des éléments probants aux patients [en anglais] <http://www.myfavouritemedicine.com/>

Improving Chronic Care – Site portant sur l'amélioration des soins liés aux maladies chroniques [en anglais] http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=CCM_Tools&s=237

Répertoire de documents gratuits et téléchargeables, dont des évaluations, des guides et des outils d'aide à la décision, pour l'amélioration des soins liés aux maladies chroniques et à l'autogestion, y compris [tous en anglais] :

- *Converting Guidelines into practice*, document sur l'intégration des lignes directrices dans la pratique
- *Diabetes Standing Orders*, modèle d'ordonnance collective pour le diabète
- Trousse d'outils pour la prise en charge de la dépression
- Évaluations
- Mobilisation de la collectivité
- Autogestion

Évaluation de votre cabinet de soins primaires. Suite d'outils offerts sur la page Web de l'initiative relative à l'accès ouvert, à l'efficacité et à la gestion des maladies chroniques de QSSO à :
<http://www.hqontario.ca/pour-équipes-daq/soins-primaires/communauté-d'apprentissage>

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



La trousse sur le soutien de l'autogestion du diabète destinée aux professionnels de la santé de l'Ontario donne des exemples d'outils tenant compte de la littératie en matière de santé et peut être adaptée aux besoins des utilisateurs. Pour commander la trousse, consultez <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/diabetes/tools.aspx>

Formation ayant trait au changement de comportement en santé pour la création de nouveaux liens avec les patients [en anglais]. Kaiser Permanente <http://kphealtheducation.org/bnroadmap/index.html>

L'initiative C-CHANGE souligne les obstacles à l'intégration des éléments probants dans la pratique et se penche sur l'harmonisation des lignes directrices en matière de prévention et de gestion des maladies cardiovasculaires [en anglais]. <http://www.cmaj.ca/content/183/15/E1094.full.pdf+html>

Lignes directrices sur la pratique clinique

Lignes directrices canadiennes en santé respiratoire <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/trousse-a-outils>

Réseau canadien d'insuffisance cardiaque <http://www.chfn.ca/practice-guidelines> [en anglais]

Association des psychiatres du Canada <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/67>

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE Lignes directrices sur la fibrillation auriculaire <http://www.cma.ca/learning/lignes-directrices-fibrillation-auriculaire>

Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) http://www.canadiancontinence.ca/francais/health-profs/clinicalpractice_fr.html Collège des médecins de famille du Canada http://cfpc.ca/Guides_de_pratique_clinique/

Société canadienne de thoracologie et MPOC <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/guideline/maladie-pulmonaire-obstructive-chronique>

Lignes directrices de la Colombie-Britannique en matière de MPOC et de traitement de la MPOC [en anglais] <http://www.bcguidelines.ca/pdf/copd.pdf>

Association pulmonaire et information pour les patients http://www.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc_f.php

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Utiliser les systèmes de gestion de l'information pour gérer et organiser les soins

Pourquoi est-ce important?

La qualité des soins offerts aux malades chroniques est souvent inférieure, car les traitements reconnus comme étant bénéfiques ne sont administrés qu'environ une fois sur deux, et des traitements inappropriés sont administrés environ une fois sur trois. Un des problèmes vient du fait que les établissements de soins de santé utilisent souvent des modèles de soins visant les problèmes aigus et non les maladies chroniques. Améliorer la circulation de l'information, autant entre le patient et le fournisseur qu'entre les fournisseurs, est bénéfique. Cependant, il existe des difficultés liées au transfert des connaissances et des renseignements pour le patient dans le cadre du traitement. Les technologies de l'information sur la santé, comme les dossiers médicaux électroniques (DME), peuvent améliorer efficacement la circulation de l'information. D'ailleurs, ces technologies sont cruciales pour la mise en œuvre de nombreux modèles de soins visant les maladies chroniques¹⁸.

L'objectif d'un système de gestion de l'information sur les soins de santé qui est efficace est de veiller à ce que les données sur la personne et sur la population soient exactes, complètes et accessibles.

De telles données permettent :

- une planification et une administration proactives des soins fondées sur :
 - des avertissements et des rappels en temps voulu pour les fournisseurs et les clients ou patients concernant des rendez-vous, des interventions ou des étapes à venir;

- la détermination des sous-populations pertinentes qui bénéficieront d'une gestion marquée ou intensive et de soins;
- une planification personnalisée des soins, y compris :
 - une gestion optimale des médicaments;
 - un suivi des diagnostics, des recommandations et des rapports de consultation;
 - un résumé des objectifs et de l'évolution (surveillance);
- une communication de l'information pertinente à la personne et aux fournisseurs en vue de coordonner les soins;
- une surveillance du rendement de l'équipe et du système de soins de santé.

CONSEILS!

- Le nettoyage des données est un passage obligatoire qui permet l'extraction des données nécessaires à l'amélioration des renseignements disponibles pour la pratique.
- L'uniformisation de la saisie des données est cruciale si l'on veut être en mesure de consulter les renseignements d'une personne en particulier et d'extraire des données de la pratique fondées sur la population.
- Des politiques et des processus bien établis appuient et alimentent les efforts fournis pour la saisie des données.
- La collaboration entre les secteurs est nécessaire au transfert des données entre les interfaces organisationnelles.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Problèmes et défis typiques

- Dans bien des cas, les systèmes de gestion des données n'offrent pas de fonctions permettant de soutenir les soins visant les maladies chroniques, comme des répertoires de maladies, la possibilité de surveiller un groupe de patients, la facilitation de la communication en équipe, la mise en œuvre de plans de traitement entre les soins primaires et les soins spécialisés ainsi que la transition entre les notes manuscrites et les dossiers numériques.
- « À données inexactes, résultats erronés » : l'uniformisation de la saisie des données dans le système de gestion des DME et de l'information est une nécessité. C'est un processus laborieux qui demande de la discipline, mais qui permet d'optimiser les résultats.
- Les recherches de données fondées sur la population dans les DME ont la réputation d'être laborieuses et complexes.



Outil

Élaborer un registre de patients pour la gestion des maladies chroniques <http://cdems.com/>

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Le premier rôle en matière de santé et de prise en charge de la maladie chronique revient au patient

Pourquoi est-ce important?

Les patients ayant des maladies chroniques passent moins de 0,01 % de leur vie à interagir avec leurs fournisseurs de soins de santé, mais on s'attend à ce qu'ils gèrent leur maladie à 100 %¹⁹. Selon une étude de J.H. Barlow, les patients ayant une maladie chronique ont passé un total de 12 heures avec l'ensemble des professionnels de la santé (médecins, spécialistes, personnel infirmier, physiothérapeutes, ergothérapeutes et diététistes) et ont géré leur maladie eux-mêmes pendant 364,5 jours ou 8 748 heures dans une année²⁰. Cette répartition a pour effet que les patients ne suivent pas toujours les directives de leurs fournisseurs. Les taux de conformité typique sont d'environ 50 % pour les médicaments, et de beaucoup moins pour les prescriptions relatives aux habitudes de vie et autres régimes exigeants en matière de comportement²¹.

La gestion des maladies chroniques est une tâche ardue et continuelle pour la personne, sa famille, les aidants naturels et les fournisseurs de soins de santé. Selon l'initiative New Partnerships for Health de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), quand il s'agit de maladies chroniques, l'intervention des médecins et des fournisseurs de soins de santé est limitée; s'ils pouvaient guérir une maladie, elle ne deviendrait pas chronique²².

La gestion des maladies chroniques est complexe et demande la collaboration du patient, du médecin et des autres intervenants, ainsi qu'une communication entre eux, pour favoriser l'optimisation de la santé²³.

C'est à la personne (et à ses aidants naturels) de faire sa part pour optimiser sa santé. L'objectif d'une équipe de soins de santé est de sevrer la dépendance du patient envers le système ainsi que d'améliorer la capacité d'autogestion et la participation du patient. Il a été démontré que l'accent mis sur les soins axés sur le patient peut réduire de 20 % l'utilisation de spécialistes et le nombre de visites aux fournisseurs de soins primaires²⁴.

Section
1

Section
2

Section
3

Section
4

Section
5

Section
6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Un modèle de soins efficace doit répondre aux besoins du patient. Au cœur des soins axés sur le patient se trouve la relation patient-soignants, et cette relation doit être basée sur la confiance, l'empathie, le respect et l'honnêteté²⁵.

De façon générale, des soins axés sur le patient sont des soins qui sont organisés autour du patient²⁶. Selon une définition adoptée par l'Association médicale canadienne et l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) :

[Traduction] Les soins vraiment axés sur les patients tiennent compte des traditions culturelles, des préférences personnelles et des valeurs des intéressés, de leur situation familiale et de leurs habitudes de vie. Dans ce contexte, le patient et ses proches font partie intégrante de l'équipe de soins et collaborent avec les professionnels de la santé à la prise de décisions cliniques.

Les soins axés sur le patient remettent entre les mains des patients la responsabilité d'aspects importants des soins autoadministrés et de la surveillance, ainsi que les outils et le soutien dont ils ont besoin pour s'acquitter de cette responsabilité.

De tels soins veillent à ce que les transitions entre les fournisseurs, les services et les établissements de soins de santé soient efficaces et coordonnées de façon respectueuse²⁷.

Des soins axés sur le patient tiennent compte du fait que le patient doit trouver un équilibre parmi des priorités concurrentes et qu'il doit parfois répondre à un besoin au détriment d'un autre. Voici l'exemple d'une situation courante : un patient se fait prescrire un médicament, comme de la metformine, mais des effets secondaires lui causent de l'inconfort ou de l'embarras. Il choisit alors d'arrêter la prise du médicament ou de réduire la dose prescrite. De même, si le prix d'un médicament prescrit est trop élevé, le patient peut être tenté de réduire la dose pour retarder le renouvellement de son ordonnance. Le patient peut se sentir embarrassé ou incapable d'en parler avec son fournisseur de soins de santé. Le non-respect du régime de prévention et de traitement peut paraître illogique au fournisseur de soins de santé, mais il peut s'agir d'un choix et d'une technique de gestion entièrement logiques du point de vue du patient.

Dans une approche collaborative et axée sur le patient, on croit que le fournisseur de soins de santé peut augmenter la confiance d'une personne envers le changement en l'aidant à acquérir les connaissances, les compétences et le soutien dont elle a besoin pour changer. Tout changement ou objectif doit être constructif pour le patient et ses fournisseurs de soins.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Un fournisseur dispose de plusieurs moyens pour aider une personne à tenir avec assurance un rôle crucial dans la gestion de sa santé et de ses soins. Un de ces moyens consiste à établir un lien entre la personne et les ressources ou partenaires appropriés dans la communauté.

Ce rôle modifiera fondamentalement les interactions traditionnelles entre le fournisseur et la personne ou sa famille. Voici des exemples de tels changements :

- Considérer le lien patient-soignants comme un partenariat collaboratif.
 - Intégrer la fixation d'objectifs ainsi que la planification, la surveillance, la résolution de problèmes et le suivi actif à la pratique et à chaque interaction. Créer un plan de soins commun.
 - Veiller à ce que chaque interaction entre la personne et son équipe de soins primaires comprenne de l'information, un processus décisionnel collaboratif ainsi qu'une évaluation des compétences d'autogestion et de l'état clinique.
 - Offrir des soins que la personne et ses soignants comprennent, qui atteignent les objectifs visés et qui tiennent compte des préférences. Communiquer des données cliniques (résultats d'analyse, résultats de consultation) à la personne et à ses soignants et en discuter avec eux. Utiliser des graphiques ou d'autres éléments visuels pour aider la personne à comprendre sa maladie.
- Créer des outils que la personne apportera à sa visite suivante, comme un journal d'autosurveillance, une liste d'incidents ou de préoccupations, une liste de médicaments à jour ou une liste de questions pour l'équipe de renouvellement des soins primaires.
 - De même, à chaque visite, donner à la personne ou aux soignants dans la famille une occasion de parler de leurs expériences, et poser des questions comme les suivantes :
 - Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti à bout de souffle en marchant?
 - Les activités courantes posent-elles des difficultés?
 - Vous sentez-vous déprimé? Avez-vous peu d'intérêt à faire des activités?
 - De quoi souhaitez-vous parler aujourd'hui?
 - Utiliser des techniques d'entrevue reconnues, comme la stratégie des « 5 A » (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange, ou, en français, évaluer, conseiller, s'entendre, aider, organiser), pour orienter les interactions. Le patient passe la majeure partie de son temps en dehors du cabinet de soins primaires, par conséquent, la création de liens de travail avec des ressources communautaires aide le patient à gérer sa maladie en facilitant la prise de saines décisions.
 - Trouver des liens vers des ressources communautaires et les communiquer.
 - Intégrer les objectifs de la personne, la surveillance des données et les étapes dans le DME pour suivre et soutenir l'évolution des soins au fil du temps.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

En évaluant la littératie d'une personne en matière de santé de même que son bien-être physique, émotionnel et psychologique, les professionnels de la santé disposent d'un point de départ pour fixer des objectifs réalistes et utiliser efficacement les ressources disponibles pour soutenir la personne dans la prise en charge de sa maladie.

À la complexité d'une relation évolutive entre le patient et le fournisseur s'ajoute la dépendance grandissante de la population envers Internet pour obtenir de l'information sur les symptômes, les maladies, les traitements possibles et les pronostics. On se sert également d'Internet pour communiquer avec d'autres personnes ayant des besoins et expériences similaires. C'est 8 soignants dans la famille sur 10 qui ont un accès périodique à Internet. De ceux-ci, 88 % cherchent périodiquement de l'information sur la santé. Pour chaque sujet de santé étudié, les soignants sont plus nombreux que les autres utilisateurs d'Internet²⁸. Les fournisseurs de soins de santé peuvent aider les patients et leurs soignants en ciblant des sites Web et des associés appropriés qui donnent de l'information précise et fiable.

Les fournisseurs de soins et les malades chroniques doivent savoir :

- où chercher des ressources;
- quelles ressources et quels services spécialisés sont accessibles dans leur communauté;
- comment avoir accès à ces ressources.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

CONSEILS!

- Perfectionnez vos techniques d'entrevue motivationnelle ou envisagez une formation.
- Demandez le soutien d'un de vos pairs pour les personnes souffrant de maladies particulières ou chroniques. Intégrez des mécanismes de soutien de groupe et des visites au cabinet, ou jumelez des personnes ayant des besoins ou expériences similaires.
- Allez-y petit à petit et formez le personnel quand vous ajoutez du soutien à l'autogestion dans votre cabinet.

Problèmes et défis typiques

- Pour un patient, le fait de jouer un rôle prépondérant dans ses soins et d'être vu comme un partenaire à part entière constitue un bouleversement de la relation traditionnelle entre une personne et ses fournisseurs de soins; ils devront apprivoiser de nouvelles manières d'interagir et de communiquer.
- La capacité d'autogestion de la santé est souvent abordée après le début ou le diagnostic d'une maladie chronique alors que la personne est inondée de renseignements médicaux et qu'elle ne se sent pas bien.
- L'absence de ressources dans la communauté ou de lieux pour offrir des programmes d'autogestion ou de perfectionnement aux personnes souffrant de maladies chroniques et à leurs familles.
- Les personnes ayant des capacités d'autogestion peuvent croiser des fournisseurs dans le réseau qui ne sont pas formés pour donner du soutien dans ce domaine.
- Les fournisseurs n'ont peut-être pas les compétences pour offrir du soutien en matière d'autogestion en raison de l'absence d'occasions de formation ou simplement parce qu'ils manquent de temps ou de ressources pour l'offrir.
- Lors de l'examen des autres facteurs qui influencent la santé et le bien-être des malades chroniques, il faut s'attarder à la gestion clinique ou médicale et aux contraintes (contraintes financières, manque de littératie en matière de santé, mauvaises conditions de vie et de travail, etc.).
- Les fournisseurs peuvent s'occuper de l'agenda des rendez-vous avec les personnes et leurs familles, mais n'accorder que peu de temps aux problèmes et aux objectifs du patient.
- Modifier le comportement de l'équipe de soins et du patient prend du temps et demande non seulement de la patience et de la persévérance, mais aussi qu'on établisse des objectifs réalistes.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) a préparé un programme visant l'élaboration et l'évaluation de techniques efficaces pour aider une personne et sa famille dans la prise en charge des maladies chroniques. L'initiative New Health Partnerships de l'IHI a publié d'excellentes ressources [en anglais] pour les cliniciens et les patients. Deux ressources clés issues de cette initiative sont recommandées ci-dessous.

La trousse sur le soutien de l'autogestion destinée aux cliniciens, *Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians*, de l'IHI donne de l'information sur la manière dont une équipe de soins primaires peut soutenir l'autogestion nécessaire avant, pendant et après les visites au cabinet de soins primaires. Ces concepts peuvent, bien souvent, s'appliquer à d'autres visites ou milieux de soins de santé, y compris aux rendez-vous avec des spécialistes, aux soins à domicile ou aux cliniques de réadaptation, pour ne nommer que ceux-là.

- *Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians* de l'IHI (inscription nécessaire)

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforClinicians.aspx>

Le modèle de soutien collaboratif de l'autogestion, Collaborative Self-Management Support (CSMS), donne de l'information, des outils et des conseils aux malades chroniques et à leurs familles. Le modèle est conçu pour faciliter la prise en charge de la santé et des soins par le patient au quotidien de manière à optimiser sa santé.

- Collaborative Self-Management Support (CSMS), *New Health Partnerships de l'IHI, New Health Partnerships – Information for People with Chronic Conditions* (inscription nécessaire)

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforPatientsFamilies.aspx> Ces trousse et d'autres ressources sont offertes à www.ihl.org (inscription nécessaire).

En plus de ces trousse, les professionnels de la santé et le grand public ont accès à de nombreuses ressources qui peuvent les aider à préparer les visites et à améliorer la participation aux décisions et à la planification relatives aux soins. Les principales ressources se trouvent ci-dessous.

Outils particuliers et activités connexes pour orienter les changements dans le comportement et la pratique avant, pendant et après une rencontre avec un professionnel de la santé :

Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians, trousse de l'IHI sur le soutien de l'autogestion destinée aux cliniciens [en anglais]

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforClinicians.aspx>

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



Rebuilding Chronic Care Three Patients at a Time, présentation liée au partenariat pour le soutien de l'autogestion accessible sur le site de l'IHI [en anglais]

<http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforClinicians.aspx>

Collège des médecins de famille du Canada. Trousse d'outils en soins de première ligne pour les médecins de famille. Le lien suivant donne accès à des guides cliniques, à des feuilles de suivi et à des ressources d'auto-administration des soins pour diverses maladies chroniques [en anglais] :

<http://toolkit.cfpc.ca/fr/continuity-of-care/appendix.php>

Outils particuliers et activités connexes pour aider une personne à jouer un rôle prépondérant dans ses soins :

Remarque : À moins d'avis contraire, ces outils sont accessibles sur le site de l'IHI.

<http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforClinicians.aspx>

Connaître les préférences et expériences de la personne. Aider la personne à préparer la visite. Fixer des objectifs.

- Bubble Diagram [aide-mémoire à bulles, en anglais]
- Dinner Plate Menus for Diabetes (préparation à la visite) [aide-mémoire pour le diabète, en anglais]
- DocTalk Form (préparation à la visite) [aide-mémoire, en anglais]
- *Beyond Ask Me 3* (préparation à la visite) [suggestions de questions à poser, en anglais]
- Conviction and Confidence Ruler [échelles de certitude et de confiance, en anglais]
- Take Charge Poster [affiches sur la fixation d'objectifs, en anglais]

Utiliser les bons mots et les bons outils pour favoriser l'apprentissage

- Body outline diagram [aide-mémoire d'examen et d'analyses, en anglais]
- Teach back techniques [techniques d'enseignement, en anglais]

Créer un plan d'action

- Action Plan Form [formulaire de plan d'action pour les patients, en anglais]

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



Savoir à quoi s'attendre

- Take Charge Poster [affiches sur la fixation d'objectifs, en anglais]

Utiliser des techniques de communication efficaces

- *Physician tip sheet for self-management Support*, American Medical Association (AMA) [conseils au médecin sur le soutien de l'autogestion, en anglais]

http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/phys_tip_sheet.pdf

Planifier les visites de façon proactive

- Planned Care Visit Workflow [diagramme sur la préparation d'une visite de soins, en anglais]

Trousses d'autogestion :

Self Management Support: Information for Patients and Families (inscription nécessaire) [trousse sur le soutien de l'autogestion destinée aux patients et aux familles, en anglais]

<http://www.ih.org/knowledge/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforPatientsFamilies.aspx> *Self-Management Toolkit – A Resource for Health Care Professionals* [trousse sur l'autogestion destinée aux professionnels de la santé, en anglais]

<http://www.swselfmanagement.ca/smtoolkit/>

Répertoire d'outils gratuits sur l'autogestion à télécharger, y compris :

- *5 A's Behaviour Change Model: Adapted for Self-Management Support Improvement* [modèle de changement du comportement adapté pour l'amélioration du soutien de l'autogestion, en anglais]
- Action Plan [modèle de plan d'action pour le patient, en anglais]
- Shared Care Plan [plan de soins commun, en anglais]

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=CCM_Tools&s=237

Portail sur la prise de décisions commune (Mayo Clinic) [en anglais] <http://shareddecisions.mayoclinic.org/>

Programme de soutien de l'autogestion pour aider les professionnels de la santé à soutenir leurs patients et clients. *Choices and Changes: Clinician Influence and Patient* [en anglais]

<https://www.healthylifeworkshop.ca/>

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Offrir une surveillance et une gestion optimales des soins liés aux maladies chroniques et des soins préventifs

Pourquoi est-ce important?

Accès et efficacité

L'accès au bon fournisseur au bon moment et au bon endroit est au cœur de la gestion de la santé et des soins de santé. Pour la plupart des gens, les soins primaires constituent le point d'entrée dans le système de soins de santé, et le retard en matière d'accès aux soins figure parmi les éléments qui peuvent avoir un effet néfaste sur l'expérience du patient et du fournisseur. Par exemple, l'accès au fournisseur habituel de soins primaires ou au fournisseur le plus approprié à la situation peut être difficile. Un accès retardé au fournisseur de soins primaires habituel peut entraîner une dépendance accrue aux services d'urgence locaux qui, par la suite, renverront le patient à son fournisseur habituel pour le suivi et les recommandations nécessaires.

De nombreux transferts de soins entre fournisseurs peuvent se traduire par une discontinuité des soins, par une répétition des tâches (travail en double) et par des erreurs. En Ontario, 37 % des **adultes très malades** qui se sont présentés aux services des urgences auraient pu être soignés, selon eux, par leur médecin traitant s'il avait été disponible²⁹.

L'accès au fournisseur habituel permet une **continuité des soins**, améliore l'efficacité de la prestation des services, réduit les répétitions et les erreurs en plus d'améliorer la satisfaction des patients et des fournisseurs.

Pour les patients et les services, l'accès rapide aux soins primaires ainsi que la continuité des soins ont des répercussions dans d'autres parties du système de soins de santé. Un récent rapport de la Direction de l'élaboration des preuves et des normes de QSSO confirme que la continuité des soins entraîne une réduction importante de l'utilisation des services d'urgence par la population en général et en particulier par les personnes souffrant de diabète ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)³⁰. Toujours selon ce rapport, l'amélioration des résultats cliniques, comme de meilleurs taux d'hémoglobine glyquée parmi les diabétiques, est causée par une continuité accrue des soins offerts par les fournisseurs ou en cabinet³¹.

Des processus efficaces permettent une gestion optimale des soins liés aux maladies chroniques, mais on sait que le travail des fournisseurs et du personnel en cabinet s'effectue souvent dans des milieux et dans le cadre de processus qui ne sont pas adaptés à ce qu'ils veulent et doivent faire.

Visite préparée

Un changement de paradigme est nécessaire pour passer d'un système de soins de santé qui réagit à des épisodes de soins aigus et qui met l'accent sur les remèdes à un système qui met l'accent sur la prévention et la gestion proactive des maladies et des maladies chroniques. Ce changement demande que les fournisseurs et les équipes de soins soient bien préparés et proactifs et qu'ils soient partants pour collaborer avec leurs patients ou clients, et capables de le faire, en vue de les aider à rester le plus en santé possible, à gérer leur santé et leurs soins ainsi qu'à profiter au maximum de la vie même si la maladie chronique est devenue une réalité.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Une équipe ou un fournisseur préparé veille en tout temps à ce que :

- le patient sache le but de sa prochaine visite et qu'il soit préparé à rencontrer son fournisseur ou équipe de soins;
- le fournisseur ou l'équipe ait réuni et passé en revue les objectifs de la personne, les données de surveillance, les diagnostics, les consultations et les médicaments, et que l'équipe, le matériel et l'emplacement appropriés soient prévus pour la visite suivante.

De plus, l'équipe de soins primaires peut souhaiter se réunir périodiquement (réunions flash quotidiennes ou réunions prévues de façon périodique) pour se préparer à interagir avec ses patients. Les équipes sont invitées à tenir des réunions flash, une ou deux fois par jour, pour améliorer la communication entre leurs membres (et avec les consultants, s'il y a lieu) et à veiller à ce que les équipes de soins aient le matériel et les renseignements nécessaires pour répondre aux besoins des patients ayant un rendez-vous dans la journée.

Elles sont aussi invitées à se réunir périodiquement pour planifier de façon collaborative la gestion des sous-groupes de patients (p. ex. les diabétiques) pour garantir une prestation de soins fondés sur des éléments probants. Par exemple, si les données de soins laissent croire qu'un diabétique n'a pas eu d'examen des pieds, l'équipe se réunirait pour discuter de diverses manières d'intégrer de façon systématique et fiable (et les tester, le cas échéant) les examens des pieds dans leur système de soins.

Une équipe de soins peut décider qu'une infirmière aura la responsabilité d'effectuer l'examen des pieds, alors qu'une autre équipe peut s'associer au programme régional destiné aux diabétiques pour augmenter les efforts visant l'examen des pieds.

Suivi proactif

Le suivi proactif marque le passage des soins réactifs aux soins proactifs avec le soutien de l'autogestion. Les personnes sont invitées à prévoir le ou les rendez-vous suivants au moment de quitter le cabinet, assurant ainsi un suivi adéquat qui n'est pas laissé au hasard (ce qui pourrait entraîner l'oubli d'interventions et d'étapes). Les activités de suivi comprennent les interactions formelles et informelles avec la personne entre les rendez-vous, y compris la communication téléphonique par un membre du personnel infirmier pour suivre l'évolution des objectifs d'autogestion du patient. Les moyens de communication peuvent comprendre des courriels sécurisés, des messages textuels, des appels téléphoniques ou des communications par Skype, selon les préférences de la personne.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Problèmes et défis typiques

Accès

- Des variations dans la disponibilité des fournisseurs de l'équipe de soins (causées, par exemple, par une demande de l'hôpital, des vacances ou des demandes concurrentes) et dans les demandes du patient (saison de la grippe, personne qui passe l'hiver au sud) retardent l'accès.
- Un décalage entre l'offre (disponibilité du fournisseur) et la demande.
- Des systèmes de planification et des règles complexes qui accentuent les retards et qui réduisent l'accès.

Visite préparée

- Un manque de communication et, en particulier, des renseignements absents ou incomplets entraînent des « pertes », à savoir des retards, des interruptions et du travail en double pour les patients ou clients.
- Les fournisseurs et les patients ne savent pas toujours le but du rendez-vous et pourraient ne pas y être préparés, entraînant ainsi des pertes de temps, la duplication des services, un retard dans le diagnostic ou le traitement ainsi que de la frustration pour les deux parties.

Suivi proactif

- De façon typique, c'est le fournisseur qui voit la personne pour le suivi. Un fournisseur peut être réticent à ce qu'un autre membre de l'équipe de soins fasse le suivi adéquat.

- Le fardeau du suivi avec l'équipe de soins est souvent considéré comme une responsabilité du bénéficiaire des soins.
- Des obstacles comme le transport, les conditions de travail, les heures ouvrables et les maladies peuvent modifier la capacité d'une personne à prévoir des rendez-vous de suivi et à y être présent.
- Des retards dans l'accès aux fournisseurs habituels, aux programmes de recommandation et aux services peuvent aussi modifier la capacité de la personne à faire un suivi en temps voulu.

CONSEILS!

Visite préparée

- Anticipez les besoins de la personne et commencez à préparer la prochaine interaction pendant la visite actuelle. Avant la visite suivante, tenez une réunion flash en équipe pour faciliter la préparation et la planification.

Suivi proactif

- Évitez de laisser le suivi au hasard. La planification permet un suivi en temps voulu qui convient à la personne et au fournisseur. Évitez de prévoir un suivi à une date éloignée pour prévenir les absences et les occasions ratées.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



Accès avancé et efficacité

Tillie goes to the Clinic (vidéo du Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (PAMQI)) [en anglais]

Un récit qui illustre le rôle de l'accès dans la gestion des maladies chroniques.

<http://216.65.66.162/www.qiipvideo.ca/tillieclinic.html>

Articles sur l'accès avancé

BERWICK, D. et M. MURRAY. « Advanced Access, Reducing Waiting and Delays in Primary Care », *JAMA*, vol. 289, no 8, 26 février 2003, p. 1035-1040.

MURRAY, M. « Answers to Your Questions About Same-Day Scheduling », *Family Practice Management*, mars 2005, p. 59-64.

Qualité des services de santé Ontario propose des initiatives d'amélioration périodiques relatives à l'accès ouvert, à l'efficacité et à la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre des soins primaires. Pour obtenir des renseignements sur les initiatives à venir ou sur le programme d'apprentissage autonome, visitez <http://hqolc.ca/>.

Ressources en matière d'accès avancé et d'efficacité

Manuel sur l'accès ouvert et l'efficacité dans les soins primaires de QSSO

<http://www.hqontario.ca/pour-équipes-daq/soins-primaires/communauté-d'apprentissage>

machealth – Learning without boundaries. Site Web offrant des programmes en ligne reconnus et des communautés de pratique sur divers sujets pour améliorer la formation en soins de santé [en anglais].

<http://machealth.ca/programs/advanced-access-efficiency-primary-care/default.aspx>

Revoir les pratiques relatives aux soins primaires

La facilitation en matière de pratique est une nouvelle méthode prometteuse visant l'amélioration des soins primaires. L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a élaboré un guide [en anglais] pour aider les équipes de soins primaires à tenir un programme de facilitation. Pour en savoir plus, consultez le site Web de l'AHRQ : http://pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh__home/1483/pcmh_tools___resources_v2

L'Association canadienne de santé publique a créé un outil pour renforcer la prévention et la gestion des maladies chroniques. Pour en savoir davantage ou pour télécharger l'outil, consultez <http://www.cpha.ca/fr/portals/CD.aspx>

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

Intégrer des spécialistes et des ressources communautaires dans le cabinet de soins primaires

Pourquoi est-ce important?

Les équipes de soins primaires ne sont pas en mesure d'offrir tous les aspects des soins et du soutien dont ont besoin les malades chroniques. Des soins et du soutien supplémentaires sont offerts par des spécialistes ainsi que des établissements de soins spécialisés et communautaires.

La recommandation d'une personne à un médecin spécialiste peut être une expérience frustrante pour toutes les parties. Les médecins en soins primaires doivent attendre, parfois des semaines, voire des mois, pour savoir comment la consultation s'est déroulée ainsi que pour obtenir l'avis et les recommandations de traitement du spécialiste. Malheureusement, il est courant que ces renseignements ne se rendent pas jusqu'aux médecins en soins primaires. De même, un spécialiste qui voit une personne pour la première fois a peu de renseignements sur la maladie visée et sur la raison de la recommandation. En l'absence de renseignements, le patient qui a été recommandé peut avoir de moins en moins confiance dans son fournisseur et dans le système de soins de santé, ses craintes peuvent être exacerbées et sa maladie peut empirer.

Le manque de communication entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes est un problème courant dans le domaine de la santé qui peut entraîner de nombreuses conséquences néfastes, y compris des erreurs, du retard dans le diagnostic et le traitement, du gaspillage de ressources et une fragmentation des soins.

Selon une étude américaine auprès de 4 720 médecins, les perceptions des médecins en soins primaires et des spécialistes sur la communication relative aux

recommandations et aux consultations comportent de grandes différences.

Par exemple, 69 % des médecins en soins primaires croient que les antécédents et la raison de la recommandation sont habituellement transmis aux spécialistes, tandis que seulement 35 % des spécialistes croient recevoir ces renseignements. De même, si 81 % des spécialistes croient que les renseignements relatifs à la consultation sont transmis systématiquement ou presque aux fournisseurs de soins primaires, ce sont seulement 62 % des médecins en soins primaires qui disent les recevoir³².

Un bon point de départ consiste à considérer les spécialistes et les services spécialisés comme une partie intégrante du continuum de soins qui complète la gestion continue de la santé et des soins au cours des stades préventif, aigu et chronique d'une maladie. L'intégration de spécialistes et de services spécialisés aux soins primaires constitue une occasion de parler de cas et de sous-groupes de patients particuliers avec tous les soignants faisant des recommandations avant la prochaine visite des patients. Ainsi, la discussion est ciblée et la préparation sera faite en commun³³.

Pour en faire une réalité, les équipes de soins primaires et les soignants spécialisés doivent faire les modifications appropriées. Par exemple, les équipes de soins primaires devront « trouver du temps et de la place » pour les spécialistes et les soignants spécialisés (en personne ou virtuellement au moyen du Réseau Télémédecine Ontario (RTO)). Les spécialistes devront adopter un modèle fondé sur la collaboration et la prise de décisions commune au lieu de travailler de façon indépendante. Ils devront offrir des soins et de la consultation selon leur expertise et leurs capacités³⁴.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2 Mieux comprendre les concepts de changement

CONSEILS!

- Rendez accessibles des listes de spécialistes, de soignants spécialisés et de ressources communautaires en formats pratiques pour les patients et les soignants (documents, affiches, téléviseurs, applications, Facebook, autres médias sociaux, etc.).
- Trouvez des ressources qui existent déjà et qui sont gérées et mises à jour activement (p. ex. les Ressources d'information et d'orientation en ligne des CASC).

Problèmes et défis typiques

Spécialistes et services spécialisés

- Dans certaines régions, la disponibilité des spécialistes et des services spécialisés est limitée; par conséquent l'accès aux soins spécialisés est absent, restreint ou retardé.
- Certaines personnes peuvent ne pas vouloir ou ne pas être en mesure de se déplacer pour avoir accès aux services en raison de leur maladie chronique, de leur état clinique, de contraintes financières, linguistiques ou de l'absence de transport.
- Les différences des processus de recommandation aux spécialistes et aux services spécialisés peuvent porter à confusion, être laborieuses et entraîner des erreurs et du travail en double. Les spécialistes ou services spécialisés peuvent ne pas recevoir les renseignements nécessaires entraînant ainsi des retards, du travail en double et des pertes.

- La communication avec les spécialistes et services spécialisés peut être restreinte. Les soignants qui font des recommandations n'ont peut-être pas de confirmation de la recommandation et du rendez-vous avant que le patient n'ait été vu. Les personnes en attente d'un rendez-vous peuvent patienter pendant des mois en se demandant si la recommandation a été oubliée. Dans certains cas, le processus de recommandation peut avoir été interrompu et doit être repris du début entraînant ainsi d'autres retards. La réception de rapports sur la consultation et l'évolution peut être retardée (attente de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois).

Ressources communautaires

- La méconnaissance des programmes et services communautaires offerts aux personnes.
- Des processus peu fiables pour la recommandation et la communication de renseignements peuvent entraîner des retards.
- Le recoupement des services entre les secteurs et la communauté (p. ex. programmes pour diabétiques offerts en soins primaires (équipes de santé familiale (ESF) ou centres de santé communautaire (CSC)), centres d'éducation en matière de diabète, hôpitaux) crée des obstacles à la navigation pour les personnes et leurs familles.
- Un manque de communication entre les soignants entraîne des retards, du travail en double ainsi que de la frustration pour les soignants et les patients ou clients.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

4.2

BOÎTE À OUTILS *Les outils et les ressources ont été validés en avril 2013.*



Intégration de spécialistes ou de programmes spécialisés dans les équipes de soins primaires

Programmes du RTO

Le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) offre des services dont les applications en soins de santé sont impressionnantes. Le RTO permet la prestation de soins à plus de 135 000 patients par année et l'accès à de la formation à plus de 360 000 professionnels de la santé dans plus de 1 200 points de services³⁵.

Source : <http://www.linkedin.com/groups/Followup-Q-Dr-Ed-Browns-4160686/about>

Le réseau est l'un des plus grands et des plus actifs en son genre³⁶.

Le bilan du RTO est sensationnel et il gagne en popularité parmi les patients et les soignants qui intègrent des spécialistes dans leur cabinet de soins primaires.

Ce service axé sur la personne permet un accès rapide à des spécialistes, réduit le temps et les frais de déplacement tout en offrant des soins à proximité du domicile. Ce qui a été considéré comme un outil pour offrir des services principalement aux populations rurales et nordiques est maintenant en croissance en milieu urbain³⁷. La technologie permet le soutien de personnes ayant besoin de services spécialisés comme des spécialités cliniques de la télémédecine, l'étude de l'obésité, la cardiologie, l'ophtalmologie, l'orthopédie, la dermatologie, l'endocrinologie, la pédiatrie, la physiothérapie, la chirurgie générale, la santé mentale et la psychiatrie, la médecine de réadaptation, l'orthophonie, la toxicomanie, la néphrologie et la dialyse, la téléradiologie, le système TéléAVC, la neurologie, l'ergothérapie, l'oncologie, l'urologie, l'ORL et plus de 30 autres spécialités³⁸. Le RTO permet au spécialiste et à la personne âgée ou fragile de se rencontrer sans trop se déplacer.

Le RTO offre au médecin l'accès à des spécialistes dotés de technologies à la fine pointe par une voie de communication protégée (chiffrée). Le RTO a un répertoire consultable de plus en plus grand destiné au médecin qui cherche un spécialiste utilisant le RTO. La technologie peut s'adapter aux nouvelles possibilités d'applications bureautiques. <http://otn.ca/en/services/telemedicine-directory>

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Section 5

Glossaire



5.1 Glossaire

| | |
|-------------------------------|--|
| Coordination des soins | <p>La coordination des soins comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• de nombreux participants prennent part habituellement à la coordination des soins;• la coordination est nécessaire lorsque les participants dépendent les uns des autres pour exécuter des activités diverses dans le cadre de la dispensation de soins à un patient;• afin de coordonner ces activités, chaque participant doit connaître son propre rôle, le rôle de chacun et les ressources disponibles;• afin de gérer les activités requises pour les soins d'un patient, les participants comptent sur l'échange d'information; l'intégration des activités de soins vise à faciliter la prestation des services de soins de santé³⁹. |
| Soignant | <p>Comme les patients, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et autres professionnels, les fournisseurs de soins (membres de la famille ou non) prennent souvent part à la prestation de services de soins de santé et peuvent normalement jouer un rôle dans la coordination des soins⁴⁰.</p> |
| Plan de soins | <p>Un plan de soins est une entente entre une personne et le professionnel de la santé (ou les services sociaux) pour aider à gérer la santé du patient au quotidien. Il peut s'agir d'un document écrit ou de directives inscrites dans les notes du patient⁴¹.</p> |
| Concept de changement | <p>De manière générale, une notion ou une façon de faire qui a été éprouvée pour concevoir des idées de changement précises qui constituent une amélioration⁴².</p> |
| Continuité des soins | <p>La continuité des soins est difficile à définir et à assurer. Selon une analyse fondée sur des données probantes, réalisée par Analyse des données et normes de QSSO, la continuité des soins concerne la qualité des soins dispensés au fil du temps ainsi que l'expérience en matière de soins, c'est-à-dire la satisfaction et la coordination des soins entre fournisseurs⁴³.</p> |

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Fragmentation des soins

Comme le disent M. Edward Wagner et divers collaborateurs, [traduction] « un système de soins de santé fragmenté peut être sophistiqué du point de vue technologique et lourd du point de vue organisationnel. Il s'agit d'un système qui met l'accent sur le diagnostic et le traitement, qui implique un chevauchement des efforts coûteux et qui voit son efficacité diminuer en raison d'un échange inadéquat, incorrect ou tardif d'information entre de nombreux fournisseurs »⁴².

Littératie en matière de santé

La mesure dans laquelle les personnes peuvent obtenir, traiter et comprendre les renseignements et les services de base en matière de santé dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur leur santé. Il s'agit d'un ensemble de compétences nécessaires pour que les gens agissent de façon appropriée face à l'information sur les soins de santé et fonctionnent bien dans l'environnement de soins de santé. Parmi les principales compétences, mentionnons la capacité d'interpréter des documents, de lire et d'écrire (littératie imprimée), la capacité d'utiliser de l'information quantitative (numératie) ainsi que la capacité de parler et d'écouter attentivement (littératie orale)⁴⁴.

Intégration des soins

Même s'il existe plusieurs définitions des soins intégrés, on peut dire que l'intégration des soins renvoie à un moyen de réduire la fragmentation des soins par la coordination des services qui sont planifiés, gérés et offerts par divers professionnels de la santé et aidants naturels répartis entre différentes unités organisationnelles⁴⁵.

Auto-efficacité

Il s'agit de la mesure de sa propre capacité à effectuer des tâches et à atteindre des objectifs. Aider un patient à croire en sa propre capacité à apporter des changements lui permettra de mieux gérer sa maladie⁴⁶.

Autogestion

Il s'agit de la capacité du patient à prendre en charge tous les aspects d'une maladie chronique, y compris les symptômes, le traitement ainsi que les répercussions physiques et sociales⁴⁷.

Soutien de l'autogestion

Les termes *autogestion* et *soutien de l'autogestion* sont parfois synonymes. Dans le cadre de ce document, le soutien de l'autogestion renvoie au soutien offert au patient en réponse à l'un de ses besoins ou à sa demande⁴⁸.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Adultes très malades

Le sondage international du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé est réalisé chaque année et met l'accent sur les adultes, les adultes très malades et les médecins de soins primaires. Le sondage de 2011 comprenait des adultes ayant signalé au moins un des points suivants : ils avaient un bon ou un mauvais état de santé; ils ont reçu des soins médicaux au cours de la dernière année en raison d'une maladie grave ou chronique, d'une blessure ou d'un handicap; ils ont été hospitalisés au cours des deux dernières années (pour une raison autre qu'un accouchement sans complications); ils ont subi une opération importante au cours des deux dernières années. Le sondage de 2008 portait également sur les adultes très malades, tandis que le sondage de 2009 était plutôt axé sur les médecins de soins primaires et celui de 2010 sur tous les adultes⁴⁶.

Transition

Une vaste gamme de services limités dans le temps conçus pour garantir une continuité des soins de santé, prévenir les dénouements malheureux évitables chez les personnes à risque, et promouvoir un transfert sécuritaire et rapide des patients d'un niveau de soins ou d'un type d'établissement à un autre⁴⁹.

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

Section 6

Annexe



1. LANGLEY, G.J. (1996). *Improvement Guide : A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
2. WAGNER, E.H., B.T. AUSTIN, C. DAVIS, J. SCHAEFER et A. BONOMI (2001). « Improving Chronic Illness care: translating evidence into action » *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, p. 64-78.
3. MINISTRY OF HEALTH, PRIMARY HEALTH CARE [s.d.]. *Expanded Chronic Care Model*, [en ligne], [http://www.primaryhealthcarebc.ca/resource_eccm.html].
4. WAGNER, E.H., B.T. AUSTIN, C. DAVIS, J. SCHAEFER et A. BONOMI (2001). « Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, p. 64-78.
5. WAGNER, E.H., B.T. AUSTIN, C. DAVIS, J. SCHAEFER et A. BONOMI (2001). « Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, p. 64-78.
6. JOHNSTON, S., C. LIDDY et K. PATZER (avril 2008). *Literature Review on Chronic Disease Self Management: Submitted to Champlain Local Health Integration Network*.
7. JOHNSTON, S., C. LIDDY et K. PATZER (avril 2008). *Literature Review on Chronic Disease Self Management: Submitted to Champlain Local Health Integration Network*.
8. BODENHEIMER, T., K. LORIG, H. HOLMAN et K. GRUMBACK (2002). « Patient Self Management of Chronic Disease in Primary Care », *JAMA*, vol. 288, n° 19, p. 2469-2475.
9. BROEMELING, A., D. WATSON et F. PREBTANI (2008). « Population Patterns of Chronic Health Conditions, Co-morbidity and Healthcare Use in Canada: Implications for Policy and Practice », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 3, p. 70-76.
10. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008). *Le fardeau de la maladie chronique*, [en ligne]. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NLETTER_01NOV08_PDF_FR] (Consulté en septembre 2012).
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*.
12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*.
15. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2011). *New Health Partnerships: Information for People with Chronic Conditions: Self-Management Support*, [en ligne]. [www.IHI.org].
16. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION (2009). *Policy On Chronic Disease Management* [en ligne]. [<https://www.oma.org/Resources/Documents/2009ChronicDiseaseManagement.pdf>]

Section

1

Section

2

Section

3

Section

4

Section

5

Section

6

17. IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE [s.d.] *Decision Support: More Than Guidelines* [en ligne].
[http://www.improvingchroniccare.org/downloads/decision_support_talk_template_with_citations.ppt].
18. YOUNG, A.S., E. CHANEY, R. SHOAI, L. BONNER, A.N. COHEN, B. DOEBBELING, D. DORR, M.K. GOLDSTEIN, M.E. KERR, P. NICHOL et R. PERRIN (2007). « Information Technology to Support Improved Care for Chronic Illness », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, 3^e suppl., p. 425-430.
19. CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION: SUPPORTING IDEAS AND INNOVATIONS TO IMPROVE HEALTH CARE FOR ALL CALIFORNIANS [s.d.]. *The Social Life of Health Information* [en ligne].
[<http://www.chcf.org/publications/2012/07/social-life-health-information#ixzz23XZYreqV>] (Consulté en septembre 2012).
20. WRIGHT, C.C., J.H. BARLOW, A.P. TURNER et G.V. BANCROFT (2003). « Self-management training for people with chronic disease: an exploratory study », *British Journal of Health Psychology*, vol. 8, n° 4, p. 465-476.
21. HAYNES, R.B., H.P. MCDONALD et A.X. GARG, (2002). « Helping Patients Follow Prescribed Treatment: Clinical Applications », *JAMA*, vol. 288, n° 22, p. 2880-2883.
22. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2011). *New Health Partnerships: Information for People with Chronic Conditions: Self-Management Support*, [en ligne]. [www.IHI.org].
23. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2011). *New Health Partnerships: Information for People with Chronic Conditions: Self-Management Support*, [en ligne]. [www.IHI.org].
24. LEWIS, S. (2009). *Patient-Centred Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve It: A discussion Paper for the Saskatchewan Ministry of Health*.
25. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (juillet 2007). *Faire passer les patients en premier : Soins en collaboration axés sur les patients – Document de discussion*.
26. PLANETREE AND PICKER INSTITUTE (janvier 2012). *Patient-Centered Care: Improvement Guide* [en ligne].
[<http://planetree.org/wpcontent/uploads/2012/01/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10-28-09-Final.pdf>] (Consulté en septembre 2012).
27. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (juillet 2007). *Faire passer les patients en premier : Soins en collaboration axés sur les patients – Document de discussion*.
28. CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION: SUPPORTING IDEAS AND INNOVATIONS TO IMPROVE HEALTH CARE FOR ALL CALIFORNIANS [s.d.]. *The Social Life of Health Information* [en ligne].
[<http://www.chcf.org/publications/2012/07/social-life-health-information#ixzz23XZYreqV>] (Consulté en juillet 2012).
29. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). *Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*, Toronto (Ontario).
30. CHAMBERS, Alex [s.d.]. *OHTAC Recommendations in Progress: Continuity of Care*. À paraître.
31. CHAMBERS, Alex [s.d.]. *OHTAC Recommendations in Progress: Continuity of Care*. À paraître.
32. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (janvier 2011). « Referral silence irks specialists, primary care doctors alike » dans *amednews.com* [en ligne]. [<http://www.ama-assn.org/amednews/2011/01/31/prl20131.htm>] (Consulté en septembre 2012).
33. KATES, N., A.M. CRUSTOLO, S. FARRAR, L. NIKILAOU, S. ACKERMAN et S. BROWN (2002). « Mental Health Care and Nutrition: Integrating Specialist Services Into Primary Care », *Canadian Family Physician*, vol. 48, p. 1898-1903.
34. KATES, N., A.M. CRUSTOLO, S. FARRAR, L. NIKILAOU, S. ACKERMAN et S. BROWN (2002). « Mental Health Care and Nutrition: Integrating Specialist Services Into Primary Care », *Canadian Family Physician*, vol. 48, p. 1898-1903.
35. <http://otn.ca/en/otn-site-finder>

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

36. BROWN, Edward, chef de la direction du RTO [s.d.]. Exposé dans le cadre du Séminaire sur l'assurance voyage du Groupe Optimum.
37. Lahey, RHONA, directrice, Communications, RTO. [Communication personnelle], 24 septembre 2012.
38. BROWN, Edward, chef de la direction du RTO [s.d.]. Exposé dans le cadre du Séminaire sur l'assurance voyage du Groupe Optimum.
39. MCDONALD, K.M., V. SUNDARAM, D.M. BRAVATA, R. LEWIS, N. LIN, S. KRAFT, M. MCKINNON, H. PAGUNTALAN et D.K. OWENS (juin 2007). « Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, vol. 7 – Care Coordination », sous la direction de K.G. Shojania, K.M. McDonald, R.M. Wachter et D.K. Owens, *Technical Review*, n° 9 (préparé par Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290-02-017), document n° 04(07)-0051-7 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland).
40. MCDONALD, K.M., V. SUNDARAM, D.M. BRAVATA, R. LEWIS, N. LIN, S. KRAFT, M. MCKINNON, H. PAGUNTALAN et D.K. OWENS (juin 2007). « Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, vol. 7 – Care Coordination », sous la direction de K.G. Shojania, K.M. McDonald, R.M. Wachter et D.K. Owens, *Technical Review*, n° 9 (préparé par Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290-02-017), document n° 04(07)-0051-7 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland).
41. NATIONAL HEALTH SERVICE (novembre 2011). *Your health, your way*, Royaume-Uni.
42. LANGLEY, G.J. (1996). *Improvement Guide : A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
43. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO (2012). « Continuity of Care: An Evidence-based Analysis » (provisoire), *Ontario Health Technology Assessment Series* [en ligne], vol. 12, (n° AC), p. 1-36. (À paraître).
44. BERKMAN, N.D., S.L. SHERIDAN et collab. (2011). « Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review », *Evidence Report/Technology Assessment*, n° 199, (préparé par RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, en vertu du contrat 290-2007-10056-I), document n° 11-E006 de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville (Maryland).
45. MINKMAN, M., K. AHAUS et R. HUIJSMAN (2009). « A Four Phase Development Model for Integrated Care Services in the Netherlands », *BMC Health Services Research*, vol. 9, p. 42.
46. BODENHEIMER, T., K. MACGREGOR et C. SHARIFI (juin 2005). *Helping patients manage their chronic conditions* [en ligne], sous la direction de la California Healthcare Foundation [http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/H/PDF%20HelpingPatientsManageTheirChronicConditions.pdf].
47. BODENHEIMER, T., K. MACGREGOR et C. SHARIFI (juin 2005). *Helping patients manage their chronic conditions* [en ligne], sous la direction de la California Healthcare Foundation [http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/H/PDF%20HelpingPatientsManageTheirChronicConditions.pdf].
48. ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION (RWJF) (octobre 2010). *New Health Partnerships: Improving Care by Engaging Patients* [en ligne], [http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2010/rwjf68405].
49. NAYLOR, M.D., L.H. AIKEN, E.T. KURTZMAN, D.M. OLDS et K.B. HIRSCHMAN (2011). « The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform », *Health Affairs*, vol. 30, n° 4, 746-754.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5

Section 6

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Courriel : info@hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013

ISBN 978-1-4606-1830-1 (PDF)

<http://www.hqontario.ca/accueil>

