

Gestion des soins coordonnés

Inviter et engager : fournir aux patients un seul point de contact

Publié en juin 2016

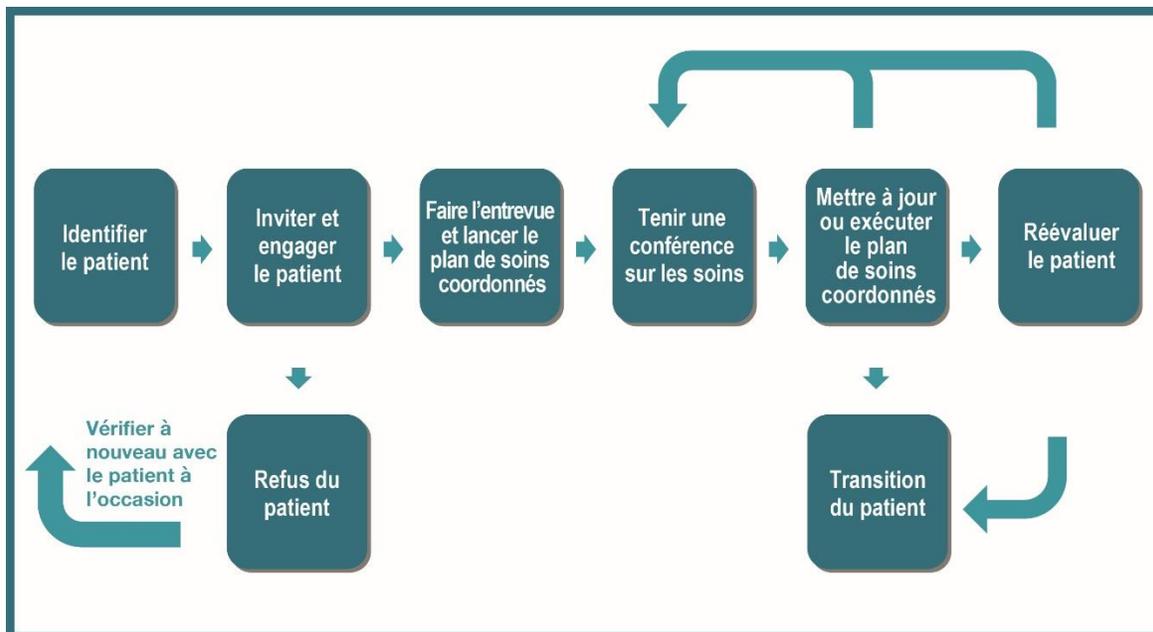


Figure 1 : Approche de la gestion des soins coordonnés

Bien que cette approche de la gestion des soins coordonnés soit généralement acceptée dans toute la province, il existe **une importante variation dans les cabinets à chaque étape du processus**. Bien que chaque cabinet, organisme, région ou maillon santé puisse avoir divers secteurs d'intervention privilégiés, l'ensemble des pratiques innovantes et des soutiens de mise en œuvre suivant est conçu pour **aider les équipes à améliorer les soins pour les patients au sein des maillons santé et pour favoriser une harmonisation et une progression continues des pratiques uniformes dans toute la province**. Pour en apprendre davantage au sujet de l'amélioration de la qualité, visitez le : qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started.

Pratique innovante	Évaluation des pratiques innovantes ¹	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
<p>Fournir aux patients un point de contact unique pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés afin de soutenir le patient tout au long du processus de planification des soins coordonnés et pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan.</p> <p><i>Remarque : Les fournisseurs de soins primaires et d'autres soins demeurent une partie intégrante de l'équipe de soins, même s'ils ne sont pas identifiés comme point de contact unique.</i></p>	ÉMERGENTE	Propagation provinciale et réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un an (juin 2017).

¹ Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les évaluations du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes, rendez-vous au lien suivant : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/innovative-practices-evaluation-framework-overview-fr.pdf>

Mise en œuvre

Étapes pour la mise en œuvre	Outils et ressources	Outils supplémentaires
<p>1. Identifier un seul point de contact Nous recommandons au fournisseur (ou toute autre personne connue) qui lance l'invitation de participer au maillon santé de demeurer le point de contact unique du patient. Si ce n'est pas possible, alors nous recommandons qu'une personne qui établira une relation continue avec le patient assume le rôle de point de contact unique. Cette transition devrait inclure une transition <i>soutenue</i> entre la personne qui invite et la personne qui assumera le rôle de point de contact unique.</p> <p>2. Trouver un autre point de contact unique En plus d'identifier un point de contact unique, nous recommandons d'identifier un autre fournisseur ou contact. Ce fournisseur ou contact agira à titre de point de contact principal lorsque le point de contact unique principal est indisponible (p. ex., vacances, etc.).</p> <p>3. Veiller à ce que les points de contact uniques comprennent leur rôle et leurs responsabilités Assurez-vous que les points de contact uniques comprennent leur rôle dans le partenariat avec le patient tout au long du processus de gestion des soins coordonnés et qu'ils serviront de point de contact principal pour les problèmes concernant la santé et le bien-être dans le plan de soins coordonnés.</p> <p>4. Communiquer avec le patient Assurez-vous que le patient, sa famille et ses aidants puissent identifier leur point de contact unique et l'autre point de contact, qu'ils sachent comment prendre contact avec eux et qu'ils comprennent le rôle et les responsabilités de ces derniers.</p> <p>5. Communiquer avec l'équipe de soins Une fois l'équipe de soins constituée, veillez à ce que ses membres connaissent qui est le point de contact unique pour ce patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liste de vérification des activités du point de contact (voir l'Annexe A) • « Engagement du patient dans la coordination des soins et obtention du consentement à partager l'information avec l'équipe de soins des maillons santé » (webinaire de Qualité des services de santé Ontario; 22 septembre 2015). Disponible au : http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/health-links/ccp-webinar-step-2-fr.pdf • Trousse d'outils des maillons santé du Centre-Est; Planification des soins coordonnés (anglais). Disponible au : http://healthcareathome.ca/centre-est/en/who/Documents/HealthLinks/toolkit/CEHealthLinks-Toolkit-V2.pdf • Guide du patient pour la planification des soins (anglais). Maillon santé du nord-est de Toronto. Disponible au : http://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/about/net/150610_planning_your_care_patient_workbook.pdf 	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus d'établissement du point de contact unique dans un maillon santé doit être fondé sur les processus opérationnels de ce maillon santé et être acceptable pour les partenaires. Par exemple, certains maillons santé ont mis en place des ressources supplémentaires dans le système de santé régional pour assumer ces responsabilités (comme les « navigateurs »), alors que d'autres tirent profit des fournisseurs existants (des fournisseurs dans un seul organisme, comme le CASC, ou des fournisseurs dans plusieurs organismes de la région) ou d'autres personnes impliquées dans les soins de la personne. Le choix du point de contact unique doit refléter l'approche régionale. • Si le point de contact unique n'est pas un dépositaire d'information sur la santé, alors le fournisseur, l'organisme et le maillon santé doivent s'assurer que la gestion et le partage de l'information sur la santé respectent l'ensemble des lois, règlements et autres associés.

Mesure

Les **mesures d'amélioration de la qualité** sont utilisées pour aider à surveiller les progrès de la mise en place d'un changement et pour établir si le changement a contribué à une amélioration. Tout comme un fournisseur de soins de santé peut surveiller le rythme cardiaque ou la pression artérielle afin de cerner la réaction d'un patient à un traitement, la collecte d'information relative aux processus pour la prestation améliorée des soins permet à l'équipe de savoir si elle se dirige vers l'obtention d'un environnement de

soins hautement fiable. Pour en apprendre davantage sur **l'amélioration de la qualité et les mesures**, visitez le qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started.

Les mesures suivantes ont été élaborées pour aider à établir : 1) si les pratiques innovantes relatives à la gestion des soins coordonnés sont **mises en œuvre**; et 2) les effets de ces pratiques sur les **processus** des maillons santé et les **résultats** des soins pour les patients, la population ou le système.

Les maillons santé, les organismes et les fournisseurs qui choisissent de mettre en œuvre une ou plusieurs pratiques innovantes de gestion des soins coordonnés sont **vivement encouragés à recueillir des données relatives aux mesures associées et à signaler celles-ci à Qualité des services de santé Ontario**. Cela permettra d'améliorer l'analyse lors du prochain examen (prévu en juin 2017), ce qui profitera à tous les maillons santé.

Mesures suggérées (veuillez consulter l'Annexe B pour des détails supplémentaires)		
Mesure suggérée des résultats	Mesure suggérée des processus	Information supplémentaire
<ul style="list-style-type: none">• % de patients qui indiquent avoir d'abord eu recours à leur point de contact unique pour répondre à leurs besoins en matière de gestion de soins coordonnés.	<ul style="list-style-type: none">• % de patients qui indiquent qu'ils sont d'accord (oui/non) avec l'énoncé qui dit qu'ils savent avec qui communiquer relativement à leur plan de soins et comment prendre contact avec cette personne.	<ul style="list-style-type: none">• Recommandation pour les maillons santé de récolter et de signaler les données pendant au moins 3 mois.• Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront offerts si le maillon santé choisit de les utiliser.• Tous les patients qui reçoivent des soins par l'intermédiaire d'un maillon santé sont inclus dans le groupe-échantillon.

Références

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide sur le modèle évolué de maillons santé [Internet]. Ontario : ministère de la Santé et des Soins de longue durée [cité en mai 2016]. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/transformation/docs/Guide-to-the-Advanced-Health-Links-Model.pdf>

Gestion des soins coordonnés

Annexe A :

Point de contact unique – Liste de vérification des activités

Publiée en juin 2016

Comment cette liste de vérification du point de contact unique est-elle utilisée?

Cette ressource a été conçue pour aider les fournisseurs des maillons santé à mettre en œuvre la pratique qui consiste à **fournir aux patients un point de contact unique pour tous les services inclus dans leur plan de gestion des soins coordonnés. Cette personne appuiera le patient tout au long du processus de planification des soins coordonnés et de l'élaboration à la mise en œuvre et à la réévaluation du plan de soins coordonnés.** Cette ressource est destinée à **appuyer (et non pas à remplacer) la prise de décision opérationnelle et clinique** dans les maillons santé et dans les soins cliniques des patients.

Qui assumera le rôle de point de contact unique?

Qualité des services de santé Ontario a réalisé une analyse environnementale des pratiques en place au sein des maillons santé qui étaient utilisées à la fin 2015. Lors de cette analyse et pendant le travail continu avec les maillons santé, il est apparu que **plusieurs maillons santé ont adopté la pratique qui consiste à fournir aux patients un point de contact unique** afin de les aider tout au long du processus de gestion des soins coordonnés et pour servir de principal contact concernant ses besoins en matière de santé et de bien-être. Cependant, **la façon** dont cette pratique est mise en œuvre **varie** en fonction des maillons santé provinciaux. Par exemple, **certains maillons santé tirent profit des fournisseurs existants** au sein du maillon santé (soit un ou plusieurs fournisseurs dans un organisme, soit plusieurs fournisseurs dans plusieurs organismes), alors que **d'autres ont créé de nouveaux rôles** pour remplir spécialement ces fonctions pour les maillons santé (p. ex., des navigateurs). Les maillons santé sont encouragés à fournir aux patients un point de contact unique pour les aider dans la gestion des soins coordonnés; **l'approche de la mise en œuvre demeure à la discrétion des RLISS et des maillons santé.**

Quelles activités peuvent-elles être réalisées par le « point de contact unique »?

Identifier le patient

- Identifier les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de recherche de cas fondée sur des données probantes à tout moment du parcours thérapeutique du patient.

Inviter et engager

- Utiliser des stratégies de communication centrées sur la personne afin d'inviter et d'engager le patient dans la coordination de ses soins avec l'équipe des maillons santé.
- Utiliser un processus complet ou un formulaire qui permet aux patients ou aux décideurs substitués de fournir leur consentement pour tous les éléments des soins coordonnés à la fois (peut être implicite ou explicite).
- Fournir aux patients un point de contact unique pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés afin de soutenir le patient tout au long du processus de gestion des soins coordonnés et pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan, et désigner un autre point de contact unique.

Faire une entrevue et lancer le plan de soins coordonnés

- Mettre en œuvre l'approche des « patients partenaires ». Cette approche inclut ce qui suit :
 - Travailler à réaliser l'entrevue avec le patient à l'emplacement choisi par le patient.
 - Obtenir le témoignage, les valeurs et les objectifs du patient selon son point de vue.
 - Collaborer avec le patient pour choisir les membres de l'équipe de soins.

La documentation pour la gestion des soins coordonnés a été créée en collaboration avec les maillons santé et le groupe de référence clinique.

- Fournir une copie du plan de soins coordonnés au patient.
- ❑ Élaborer un plan de conférence sur les soins qui tient compte des préférences du patient concernant l'heure, le confort, l'espace disponible, l'emplacement et l'intimité, dans la mesure du possible.
- ❑ Créer une liste des personnes qui seront invitées à la conférence sur les soins et inclure leurs coordonnées.
- ❑ Confirmer que le patient comprend les étapes suivantes, les accepte et se sent suffisamment préparé.
- ❑ Organiser la conférence sur les soins, qui peut comprendre une séance d'information pour l'équipe de soins sur les maillons santé, la gestion des soins coordonnés et les rôles de chacun relativement à la conférence et à l'élaboration du plan de soins coordonnés.
- ❑ Confirmer les détails avec le patient lorsque la planification est terminée.
- ❑ Commencer à rédiger l'ÉBAUCHE initiale du plan de soins coordonnés.

Tenir une conférence sur les soins

- ❑ Faciliter la présentation de la conférence sur les soins (au besoin), ce qui comprend le but visé et les objectifs de la conférence, les présentations et la clarification des rôles pour les membres de l'équipe de soins, ainsi qu'un sommaire de l'information recueillie pendant l'entrevue.
- ❑ Faciliter la tenue de la conférence sur les soins tout en étant réceptif à l'expérience du patient lors de la conférence.
- ❑ Tenir compte des besoins en matière de sécurité, d'hébergement, de nourriture, de formation et d'emploi, ainsi que des besoins spirituels, financiers, psychologiques et émotionnels.
- ❑ Résumer les conclusions de la conférence sur les soins et confirmer les éléments du plan de soins coordonnés avec le patient et les autres membres de l'équipe de soins.
- ❑ Établir et clarifier les étapes suivantes, le plan de réévaluation et la planification de la prochaine conférence sur le cas.
- ❑ Achever le document du plan de soins coordonnés et le transmettre au patient et à l'équipe de soins.
- ❑ Veiller à ce que le plan de soins coordonnés soit inclus dans les données des indicateurs de la planification des soins coordonnés et s'assurer que le maillon santé et les RLISS recueillent les données des indicateurs des soins primaires (cette information est ensuite transmise à Qualité des services de santé Ontario tous les trimestres).

Exécuter le plan de soins coordonnés

- ❑ Créer des rôles, des responsabilités et des obligations interdisciplinaires.
- ❑ Établir une entente de communication bidirectionnelle ou une compréhension entre le point de contact unique, le patient et les autres membres de l'équipe de soins afin de promouvoir l'échange d'information et de bâtir une relation de confiance.
- ❑ Utiliser une approche fondée sur des données probantes pour montrer aux patients comment gérer eux-mêmes leurs maladies.
- ❑ Utiliser des outils pour aider le patient à comprendre sa maladie et à faire les choix appropriés, par exemple les objectifs SMART (spécifique, mesurable, acceptable, réaliste, temporellement défini), le bilan comparatif des médicaments et les outils d'évaluation de la compétence informationnelle en santé.
- ❑ Rester à jour en ce qui a trait aux renvois, aux tests et aux changements d'états.
- ❑ Assurer un suivi régulier avec les patients pour les aider à atteindre leurs objectifs.
- ❑ Utiliser la technologie, comme les vidéoconférences et les outils de messagerie électronique, pour automatiser et accélérer la communication au sein de l'équipe.

Réévaluer ou mettre à jour le plan de soins coordonnés

- ❑ Veiller à ce que le plan de réévaluation (élaboré durant la conférence sur les soins), ou les autres « déclencheurs » (p. ex., après un certain temps, etc.), soit réalisé comme prévu.
- ❑ Utiliser la technologie, comme les vidéoconférences et les outils de messagerie électronique, pour automatiser et accélérer la communication au sein de l'équipe.

Transitions

- ❑ Se préparer et préparer le patient aux transitions *soutenues*.
- ❑ S'assurer que l'information sur le patient fasse également partie de la transition (en temps opportun); utiliser des résumés à la sortie normalisés, des rapports cliniques et le plan de soins coordonnés afin de faciliter la transition de l'information.

- Veiller à ce que le bilan comparatif des médicaments se fasse aux points de transition, au besoin.
- Planifier des rendez-vous de suivi avec les fournisseurs de soins primaires et les CASC dans les sept jours et dans les cinq jours suivant le congé de l'hôpital, respectivement.
- Envisager des fonds de prévoyance pour gérer les crises (p. ex., fonds de crise alimentaire).
Se préparer aux transitions des patients et veiller à ce que l'information les concernant les suivent.

Gestion des soins coordonnés

Annexe B :

Paramètres des mesures pour la pratique innovante du point de contact unique

Publié en juin 2016

Pourcentage de patients qui indiquent avoir d'abord eu recours à leur point de contact unique pour répondre à leurs besoins en matière de gestion de soins coordonnés.

Étape de la gestion des soins coordonnés	Inviter le patient
Pratique innovante	Fournir aux patients un point de contact unique pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés afin de soutenir le patient tout au long du processus de planification des soins coordonnés et pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan.
Mesure	% de patients qui indiquent avoir d'abord eu recours à leur point de contact unique pour répondre à leurs besoins en matière de gestion de soins coordonnés.
Type	Mesure des résultats Harmonisation avec les indicateurs de l'EXPÉRIENCE PROVINCIALE DES PATIENTS actuellement en développement.
Définition/description	Avoir recours à un fournisseur (ou une personne connue) entretenant une relation existante avec le patient pour lui présenter l'approche des maillons santé. Si cette personne n'est pas en mesure de servir de point de contact unique de façon continue, elle doit présenter personnellement la personne qui fournira ce soutien afin d'établir une relation avant d'engager le patient dans le processus des maillons santé et de la planification des soins coordonnés. Ainsi, les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes disposeront d'une personne-ressource qui connaît et comprend leurs besoins et en qui ils peuvent avoir confiance. Il est nécessaire de prévoir un plan de secours si cette personne est indisponible. Dimensions : efficace, efficient, axé sur le patient, sécuritaire, opportun Direction de l'amélioration : ↑
Caractéristiques supplémentaires	<u>Numérateur</u> : nombre de patients qui indiquent avoir d'abord eu recours à leur point de contact unique pour répondre à leurs besoins en matière de gestion de soins coordonnés chaque trimestre. <u>Dénominateur</u> : nombre total de patients participant au sondage chaque trimestre. <u>Critères d'exclusion</u> : les patients qui répondent aux critères, mais qui ne bénéficient pas d'un accès au maillon santé parce qu'ils ont déménagé l'extérieur de la zone desservie ou parce qu'ils sont décédés.
Période de déclaration	Recommandation pour les maillons santé de récolter et de signaler les données pendant au moins 3 mois. Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront offerts si le maillon santé choisit de les utiliser.
Source des données	Sondage sur l'expérience des patients; collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs dans les hôpitaux et les fournisseurs de soins communautaires au sein du maillon santé.
Plan de sondage	Tous les patients qui reçoivent des soins par l'intermédiaire d'un maillon santé sont inclus dans le groupe-échantillon.
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> Les mesures de résultats sélectionnées permettront d'évaluer les effets pour les patients des efforts visant à intégrer les pratiques innovantes dans la gestion des soins coordonnés.

Pourcentage de patients qui indiquent qu'ils sont d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé qui dit qu'ils savent avec qui communiquer relativement à leur plan de soins et comment prendre contact avec cette personne.

Étape de la gestion des soins coordonnés	Inviter le patient
Pratique innovante	Fournir aux patients un point de contact unique pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés afin de soutenir le patient tout au long du processus de planification des soins coordonnés et pour l'élaboration et la mise en œuvre du plan.
Mesure	% de patients qui indiquent qu'ils sont d'accord (oui/non) avec l'énoncé qui dit qu'ils savent avec qui communiquer relativement à leur plan de soins et comment prendre contact avec cette personne.
Type	Mesure des processus
Définition/description	<p>Avoir recours à un fournisseur (ou une personne connue) entretenant une relation existante avec le patient pour lui présenter les maillons santé. Si cette personne n'est pas en mesure de servir de point de contact unique de façon continue, elle doit présenter personnellement la personne qui fournira ce soutien afin d'établir une relation avant d'engager le patient dans le processus des maillons santé et de la planification des soins coordonnés. Ainsi, les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes disposeront d'une personne-ressource qui connaît et comprend leurs besoins et en qui ils peuvent avoir confiance. Il est nécessaire de prévoir un plan de secours si cette personne est indisponible.</p> <p>Dimensions : efficace, efficient, axé sur le patient, sécuritaire, opportun</p> <p>Direction de l'amélioration : ↑</p>
Caractéristiques supplémentaires	<p><u>Numérateur</u> : nombre de patients qui indiquent qu'ils sont d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé qui dit qu'ils connaissent le nom de leur point de contact unique relativement à leur plan de soins et comment prendre contact avec cette personne.</p> <p><u>Dénominateur</u> : nombre total de patients participant au sondage chaque trimestre.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : les patients qui répondent aux critères, mais qui ne bénéficient pas d'un accès au maillon santé parce qu'ils ont déménagé l'extérieur de la zone desservie ou parce qu'ils sont décédés.</p>
Période de déclaration	Recommandation pour les maillons santé de récolter et de signaler les données pendant au moins 3 mois. Les modèles de la plateforme d'analyse des mesures d'amélioration de la qualité et de production de rapports (QI RAP) seront offerts si le maillon santé choisit de les utiliser.
Source des données	Sondage sur l'expérience des patients; collecte manuelle des données par les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs dans les hôpitaux et les fournisseurs de soins communautaires au sein du maillon santé.
Plan de sondage	Tous les patients qui reçoivent des soins par l'intermédiaire d'un maillon santé sont inclus dans le groupe-échantillon.
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Les mesures des processus sélectionnées aident les maillons santé à mettre à contribution les secteurs de la science de l'amélioration et de la science de l'application pendant la mise en œuvre de ces pratiques. • Les mesures des processus sont utilisées pour évaluer : <ol style="list-style-type: none"> 1. L'avancement des composants de la mise en œuvre comme la portée (la fréquence à laquelle la pratique a été utilisée); 2. L'adhésion (fidélité) aux spécifications des étapes qui doivent être en place pour qu'un programme ou une pratique fonctionne; et 3. La durabilité du processus conçu pour demeurer en place lorsque l'attention initiale se sera estompée.