

10<sup>th</sup> Floor  
130 Bloor Street West  
Toronto ON M5S 1N5  
Tel: 416 323-6868  
Toll-free: 1 866 623-6868  
Fax: 416 323-9261

10<sup>e</sup> étage  
130, rue Bloor Ouest  
Toronto ON M5S 1N5  
Tél. : 416 323-6868  
Sans frais : 1 866 623-6868  
Télééc. : 416 323-9261



## **Transformation Qualité de la santé 2015 – déjeuners-conférences**

4295

Praticiens autonomes dans le besoin

Pauline Pariser<sup>1</sup>, Cliff Ledwos<sup>2</sup> et Erin Kelly<sup>1</sup>

Maillon santé du centre-ouest de Toronto, Toronto, Ontario, 2. Access Alliance Multicultural Health and Community Services, Toronto, Ontario

### Contexte

SPiN (pour Solo Practitioners in Need ou praticiens autonomes dans le besoin) est un projet du Maillon santé du centre-ouest de Toronto, en collaboration avec Access Alliance, qui vise à remédier aux lacunes suivantes dans les soins :

- 1 Les fournisseurs de soins primaires (FSP) qui travaillent seuls manquent de ressources et éprouvent des difficultés à accéder à des services communautaires pour leurs patients ayant des besoins complexes.
- 2 Les centres de santé communautaire (CSC) offrent des programmes et des services qui pourraient être mieux utilisés.
- 3 L'accès aux services de santé et aux services sociaux est difficile pour les patients aux prises avec des problèmes psychosociaux et médicaux complexes.

### Objectifs

SPiN a pour objectif d'améliorer l'accès aux ressources pour les populations vulnérables et de donner lieu à une meilleure utilisation des ressources dans les établissements de soins primaires. Le projet vise à permettre aux praticiens travaillant seuls d'orienter des patients ayant des besoins complexes vers les ressources communautaires offertes par les CSC en officialisant un processus d'aiguillage vers les services de ces centres. Parallèlement, on souhaite maximiser les services sous-utilisés des CSC en permettant aux personnes qui en ont besoin d'y avoir accès et, par le fait même, offrir un meilleur soutien aux patients présentant des besoins complexes.

### Paramètres de mesure

Paramètres de mesure des résultats : Nombre de FSP mis en contact avec des soins axés sur le travail d'équipe, pourcentage d'augmentation de l'utilisation des ressources des CSC, nombre de patients aiguillés, nombre d'aiguillages vers des services, rétroaction qualitative des patients et des fournisseurs.

Paramètres de mesure du processus : Temps écoulé entre l'aiguillage et la prise de contact avec le CSC, temps écoulé entre la réception de l'aiguillage par le CSC et la communication avec le patient, temps écoulé entre l'aiguillage et le rendez-vous.

Paramètres de mesure visant à assurer l'équilibre : Évaluation de l'incidence sur l'admission centralisée et les CSC récepteurs, les délais rattachés aux services étant surveillés pour s'assurer qu'ils n'augmentent pas au fil du temps.

### Concepts de changement

L'accès aux services de santé et aux services sociaux est difficile pour les patients aux prises avec des problèmes psychosociaux et médicaux complexes. Il a été reconnu que les FSP qui travaillent seuls manquent de ressources et peinent à accéder à des services communautaires pour leurs patients ayant des besoins complexes, tandis que les CSC disposent de programmes de ce genre, mais que ces derniers sont sous-utilisés.

Le programme a été conçu dans l'optique d'un rôle de triage et de navigation cliniques à l'un des CSC qui recevrait tous les aiguillages et opérerait une répartition vers les bons CSC. Le rôle d'admission centralisée est crucial, car il exige une compréhension approfondie des services dispensés par les CSC participants et de leur pertinence en fonction de la situation de chaque client. Les mesures suivantes ont été adoptées pour la mise en œuvre de ce programme :

- 1 Former, aux fins de mise à l'essai, un groupe de médecins travaillant seuls auprès de patients présentant des besoins complexes qui auraient besoin d'un plus grand soutien.
- 2 Définir les services souhaités, les services communautaires auxquels peuvent accéder les fournisseurs et les clients externes ainsi que les critères d'admissibilité.
- 3 Désigner un organisme responsable de l'admission centralisée.
- 4 Concevoir un processus d'aiguillage et de production de rapports.
- 5 Élaborer des formulaires d'aiguillage, des mécanismes de suivi et des cibles.
- 6 Lancer le projet.
- 7 Organiser une rencontre avec un comité directeur pour orienter l'amélioration continue, s'attaquer aux défis et garantir une prestation de services de qualité.

Veillez vous reporter au document à l'appui, ci-joint, pour un aperçu du processus d'aiguillage de SPiN.

## Résultats et leçons retenues

### Résultats

- Amélioration de l'accès aux services pour les patients présentant des troubles médicaux et psychosociaux complexes – 388 patients ont été aiguillés par l'entremise de SPiN la première année.
- Patients dirigés vers les services communautaires les plus appropriés leur procurant le plus grand soutien – 585 aiguillages vers des services dans la première année.
- Aide aux médecins pour une prise en charge collaborative de leurs patients ayant des besoins complexes – 32 médecins travaillant seuls ont eu recours aux services de SPiN et trouvé de meilleures liaisons avec des programmes communautaires pour leurs patients.
- Amélioration de l'accès aux services des CSC et utilisation accrue de ces mêmes services – 6 CSC participent actuellement à SPiN. Des données sur l'utilisation sont actuellement évaluées et seront disponibles aux fins de présentation.
- Du point de vue qualitatif, SPiN a aidé à l'établissement du profil communautaire des CSC, permis d'établir de nouvelles relations avec les FSP, renforcé les relations avec le maillon santé et apporté un soutien à des patients ayant des besoins complexes, comme en ont fait état les commentaires reçus des médecins, des CSC et des patients.

### Leçons retenues

- Voir à ce que le processus s'articule autour du praticien, afin que ce dernier soit axé sur les patients.
- Être prêt à regarder les choses sous un autre angle : les innovations sont itératives et exigent dialogue, souplesse et corrections de la trajectoire.
- Des transferts chaleureux étaient cruciaux pour la viabilité. Les médecins voulaient être tenus au courant et les CSC voulaient des aiguillages appropriés. Dans la mesure du possible, si un service n'était pas offert, les CSC tentaient de pallier cette lacune.
- La communication est essentielle. Les problèmes et les modifications itératives ont été communiqués dans le cadre d'appels téléphoniques entre les CSC, toutes les deux semaines, puis tous les mois. Des séances de récapitulation ont été organisées avec les parties intéressées pour faire le point sur les progrès, les essais de changement et les améliorations.

### Effets et diffusion potentielle

L'établissement de partenariats avec un plus grand nombre de CSC et de FSP pourrait permettre, dans le cadre de SPiN, de rejoindre davantage de patients. Le programme en soi constitue une occasion de réfléchir à la pleine intégration et à la pleine utilisation de l'éventail de services offerts par les CSC.

L'adoption et la diffusion de SPiN sont déjà amorcées et n'entraînent qu'un fardeau administratif minimal; le rôle d'admission centralisée étant déjà assumé, les CSC et les FPS peuvent facilement participer au programme. Plus concrètement, deux CSC d'autres maillons santé sont actuellement en train de s'y joindre, et d'autres devraient leur emboîter le pas une fois que des soutiens supplémentaires auront été obtenus.

En accroissant l'utilisation des services offerts par les CSC, SPiN maximise ce que finance déjà le système. Ce programme améliore la santé de la population et offre un accès à des services aux patients ayant des besoins complexes en mettant les praticiens en contact avec des soins axés sur le travail d'équipe.

4302

*eNotifications: Improving the Coordination of Care for Complex Patients* (Avis électroniques : Amélioration de la coordination des soins pour les patients ayant des besoins complexes)

OntarioMD et Elizabeth Keller

OntarioMD, Toronto, Ontario

### Contexte

Les maillons santé améliorent la coordination entre les hôpitaux, les médecins de famille, les foyers de soins de longue durée, les organismes communautaires et les autres acteurs intervenant auprès des patients qui ont besoin de soins complexes. Le Maillon santé de l'est de Toronto a présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée un plan d'activités dans lequel il proposait d'améliorer la distribution de rapports hospitaliers aux fournisseurs de soins communautaires en utilisant le Système de gestion des rapports hospitaliers (SGRH) pour envoyer des avis en temps quasi réel (avis électroniques) aux médecins de famille lorsque les patients recevaient leur congé du service des urgences (SU), étaient hospitalisés ou recevaient leur congé de l'hôpital. Les patients ayant besoin de soins complexes représentent une part importante des 5,9 millions de visites dans les SU de l'Ontario chaque année.

Le SGRH permet aux cliniciens qui utilisent les DME certifiés d'OntarioMD de recevoir des rapports hospitaliers dans le dossier du patient à même leur DME. Le Maillon santé de l'est de Toronto s'est associé à l'Hôpital Toronto East General, à l'Équipe de santé familiale du sud-est de Toronto et à OntarioMD pour opérer, à titre pilote, le déploiement des avis électroniques auprès de quelque 400 médecins connectés au SGRH. L'utilisation de ces avis est actuellement élargie à d'autres régions de l'Ontario par OntarioMD. OntarioMD est par ailleurs entré en contact avec l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario pour relier le SGRH à son système de renseignements concernant la santé du client, afin d'ajouter aux avis électroniques, avant que ceux-ci soient envoyés aux DME des fournisseurs de soins primaires, les renseignements provenant des CASC et des maillons santé (à supposer qu'il y en ait).

### Objectifs

OntarioMD a accompli son mandat d'adoption des dossiers médicaux électroniques (DME), 85 % des médecins en milieu communautaire utilisant désormais un DME certifié. L'objectif d'OntarioMD consiste maintenant à conférer une valeur ajoutée aux DME certifiés en y intégrant des renseignements sur les patients recueillis dans d'autres milieux de soins.

OntarioMD met en œuvre la distribution électronique des rapports et des avis des systèmes d'information hospitaliers directement dans les DME certifiés, par l'intermédiaire du Système de gestion des rapports hospitaliers (SGRH), la solution de production de rapports hospitaliers provinciale dont l'utilisation ne cesse de s'étendre dans la province depuis août 2013. On s'attend à ce que le SGRH réduise considérablement, voire élimine complètement, les rapports papier pour les utilisateurs des DME certifiés. L'objectif poursuivi consiste à relier tous les médecins qui utilisent un DME certifié de même que tous les hôpitaux de la province, en vue d'améliorer la communication et la transition des soins actifs aux soins communautaires, particulièrement pour les patients ayant des besoins complexes. Dans une perspective d'amélioration de la coordination des soins, le SGRH assure également une communication rapide en ce qui concerne les patients par l'envoi d'avis électroniques et permet d'accroître la sécurité des patients et la qualité des soins qui leur sont prodigués.

### Paramètres de mesure

Les résultats relatifs au SGRH consistaient à y inscrire le plus grand nombre possible de cliniciens et d'établissements d'origine aussi rapidement que possible et à éliminer les rapports papier. L'interface entre les hôpitaux et le SGRH a été considérée par les hôpitaux comme étant une source de gains rapides, ce qui a facilité la connexion de près d'une centaine d'établissements à ce jour.

OntarioMD a fait en sorte qu'il soit facile, pour les cliniciens de s'inscrire. Ses équipes de terrain régionales ont étudié avec eux les exigences rattachées au SGRH et procédé à la transmission de leurs accords d'abonnement et d'utilisateur final, afin que le processus de connexion puisse débuter. Environ 5 000 inscriptions ont été traitées et plus de 3 200 cliniciens ont été connectés au système.

#### Concepts de changement

Le SGRH est parfaitement intégré aux DME, OntarioMD dispensant des services de gestion du changement spécialisés pour aider les cabinets à ajuster le flux de travaux et à préparer la mise en œuvre et surveillant la formation offerte par les fournisseurs responsables des DME. Les avis électroniques n'ont pas nécessité de formation supplémentaire, apparaissant dans le DME comme y serait apparu tout autre rapport.

#### Résultats et leçons retenues

Une centaine d'établissements d'origine et plus de 3 200 cliniciens se sont vus connectés au SGRH. À ce jour, plus de deux millions de rapports ont été envoyés à des cliniciens par l'intermédiaire du système. Ce dernier a aussi permis l'acheminement de plus de 25 000 avis électroniques de l'Hôpital Toronto East General à plus de 400 médecins. Le SGRH peut s'adapter à de nombreux types de rapports et son utilisation s'étend actuellement dans tout l'Ontario.

Les avis électroniques, en particulier, ont amélioré les communications entre les hôpitaux et les cabinets des médecins. Plutôt que d'attendre que le patient appelle son cabinet après avoir reçu son congé de l'hôpital ou d'attendre un sommaire de congé qui pourrait n'arriver que plusieurs jours ou semaines plus tard, le médecin est maintenant informé rapidement de l'admission d'un patient à l'hôpital et peut fournir des renseignements ou un soutien supplémentaire. Il peut ainsi déterminer dans les sept jours, conformément aux lignes directrices, si un suivi en phase post-aiguë est nécessaire et en quoi consistera le traitement continu approprié.

Les résultats de la distribution des avis électroniques s'avèrent, à ce jour, impressionnants. L'étude sur les avantages réalisée par l'Hôpital Toronto East General en novembre 2014 a révélé que 100 % des avis envoyés depuis l'hôpital au DME de l'Équipe de santé familiale du sud-est de Toronto avaient été examinés par le médecin de famille dans les sept jours, et qu'une mesure de suivi avait été ciblée pour chaque patient. Si l'on utilise la définition de *suivi* du ministère, 54 % de ces avis ont donné lieu à des rendez-vous de suivi, comparativement à un taux annuel de 37 % en 2013. Cinquante-sept pour cent des avis concernaient des patients considérés comme ayant des besoins complexes selon la définition du ministère.

L'importance des avis électroniques a aussi mené à leur reconnaissance en tant que pratique exemplaire par Agrément Canada.

Le SGRH a reçu un prix de l'Association canadienne d'informatique de la santé pour l'innovation dans l'adoption de l'informatique en santé.

4389

Amélioration des soins pour les patients atteints de troubles médicaux complexes au moyen de programmes de congés novateurs

Amber Curry

Rouge Valley Health System, Ajax, Ontario

#### Contexte

Les patients atteints de troubles médicaux complexes présentent un risque de réadmission à l'hôpital pendant les premières semaines suivant leur congé (McAlister et coll., 2015). C'est pourquoi notre organisme a mis l'accent sur des activités visant à assurer que les patients vivent une transition sécuritaire vers leur domicile et qu'ils reçoivent un soutien adéquat. Nous avons créé deux programmes innovants visant à améliorer la transition vers le domicile et à réduire le nombre de réadmissions, de visites aux services des urgences et d'hospitalisations évitables. Le Programme CATCH (pour *care after the care in hospital*, soit les soins post-hospitalisation) est offert aux patients atteints de troubles médicaux complexes qui présentent un risque de réadmission. Le Programme CATCH tient compte de façon exhaustive des facteurs de risque pour les patients et de leurs besoins en reconditionnement pendant les premières semaines suivant leur congé de l'hôpital. La

seconde innovation prend la forme du Programme de sensibilisation à la MPOC offert aux personnes atteintes de MPOC après qu'elles ont reçu leur congé de l'hôpital. Ce programme permet d'enseigner aux patients des stratégies de prise en charge visant à prévenir leur réadmission et à améliorer leur qualité de vie.

### Objectifs

Nous aimerions illustrer comment ces deux programmes de congé innovants (le Programme CATCH et le Programme de sensibilisation à la MPOC) ont considérablement réduit le taux de réadmission et amélioré la qualité de vie des patients.

### Paramètres de mesure

Les deux programmes ont été élaborés afin de soutenir les patients durant la transition qui les rend le plus vulnérables, soit celle de l'hôpital vers leur domicile. Au moment de recevoir leur congé, les patients sont évalués de façon appropriée et aiguillés vers le programme de congé qui répond à leurs besoins. Cela permet de veiller à ce que les facteurs de risque récurrents soient pris en compte de façon adéquate et à ce que le patient reçoive le soutien nécessaire pour demeurer en sécurité chez lui. La pierre angulaire de ces programmes est l'authentique partenariat de soins établi avec le personnel des programmes, qui inspire réellement les patients. Le personnel du Programme CATCH qui comprend un physiothérapeute, un infirmier et un assistant en physiothérapie, met l'accent sur les activités visant à tenir compte du déconditionnement physique et des facteurs de risque liés à l'état des patients. Le personnel du Programme de sensibilisation à la MPOC comprend un infirmier enseignant qui tire parti d'une relation thérapeutique visant à motiver les patients et à leur enseigner comment gérer leur MPOC afin d'améliorer leur qualité de vie.

### Concepts de changement

Les deux programmes ont été élaborés à la suite d'une analyse environnementale ayant permis de démontrer le besoin pour un plus grand soutien de populations de patients spécifiques après leur congé. Un spécialiste, des partenaires communautaires ainsi que le personnel clinique et administratif du Rouge Valley Health System ont tous participé à la conception des programmes. Les membres du personnel des programmes ont été embauchés en fonction de l'harmonisation de leur passion et de leur expertise. La conscience organisationnelle s'est répandue au fil du temps grâce à des campagnes, à des séances d'éducation et à des visites régulières sur les étages de soins. Les deux programmes tirent maintenant parti d'un flot continu d'aiguillages et leur popularité a crû de façon importante.

Les deux programmes sont offerts en petits groupes dans des cliniques externes. Les patients doivent y participer deux fois par semaine. Les membres du personnel des programmes travaillent de façon individuelle et en groupe avec les patients afin de les aider à atteindre leurs objectifs et à améliorer leur bien-être physique, affectif et mental. Les membres de la famille sont invités à participer, les leçons retenues étant bénéfiques pour les personnes soignantes. Le Programme de sensibilisation à la MPOC dure huit semaines et est divisé en modules. Les patients doivent démontrer qu'ils ont retenu les leçons d'un module avant de passer au module suivant. Le Programme CATCH dure généralement de trois à six semaines, mais est axé sur les besoins individuels et se prolonge au besoin jusqu'à ce que le patient atteigne ses objectifs de reconditionnement et d'autoprise en charge.

### Résultats et leçons retenues

Les deux programmes ont obtenu des résultats extraordinaires. Aux 30<sup>e</sup>, 60<sup>e</sup> et 90<sup>e</sup> jours, le Programme CATCH a présenté un taux de réadmission de zéro! De façon comparative, le taux de réadmission d'une population de patients pour une durée de séjour semblable est de 15,5 %, 20,6 % et 25,26 % respectivement. Le taux de réadmission des patients participant au Programme de sensibilisation à la MPOC est de 1 % à 30 jours, comparativement à un taux de réadmission d'une population de patients semblable de 12 % à 30 jours. En outre, les résultats indiquent que les patients participant au Programme de sensibilisation à la MPOC ressentent une amélioration de leur qualité de vie de 41 %, comme l'indique le COPD Assessment Test (questionnaire d'évaluation CAT). Le questionnaire d'évaluation CAT est un outil validé qui permet de noter l'incidence de la MPOC d'une personne sur sa vie quotidienne.

Des leçons importantes ont été retenues au Rouge Valley Health System au moment de la mise en œuvre des programmes. La première est que les programmes de congés innovants peuvent avoir une incidence

considérable sur la réduction des taux de réadmission et améliorer la qualité de vie des patients. Ensuite, un ingrédient clé d'un programme de distinction consiste à miser sur un personnel passionné. Enfin, l'établissement d'un soutien organisationnel à l'égard de nouveaux programmes exige une démarche soutenue et pluridimensionnelle visant à renforcer la sensibilisation et à assurer la viabilité. Le Programme a obtenu non seulement un soutien organisationnel, mais aussi un soutien de bailleurs de fonds externes. Le RLISS du Centre-Est a versé du financement visant à faire croître le Programme CATCH. Le Programme de sensibilisation à la MPOC a également obtenu des fonds d'aide gratuite de fournisseurs liés par contrat afin d'aider les patients aux prises avec des difficultés socioéconomiques importantes à accéder au programme. D'autres organismes de soins de santé sont susceptibles de mettre en œuvre des programmes semblables, car un investissement en amont peut réduire les coûts élevés associés aux réadmissions.

4324

La conférence sur les soins : Un outil essentiel pour réduire le nombre de visites évitables aux services des urgences pour les patients des maillons santé ayant des besoins complexes

Anne McKye<sup>1</sup>, David Daien<sup>2</sup>, Sylvia Brachvogel<sup>1</sup>, Lara de Sousa<sup>3</sup> et Amir Ginzburg<sup>1</sup>

1. Trillium Health Partners.ca, Mississauga, Ontario; 2. Équipe Santé familiale de Summerville, Etobicoke, Ontario; 3. Centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga Halton, Mississauga, Ontario

### Contexte

La stratégie des maillons santé du MSSLD a entraîné le renforcement de la collaboration et l'amélioration de la prestation des soins aux patients ayant des besoins complexes, entraînant une amélioration de l'expérience des patients et une diminution de l'utilisation des services des urgences et des soins actifs. Les objectifs que les patients se sont fixés eux-mêmes ainsi que les entretiens sur les soins visant à résoudre ces enjeux complexes ont constitué des éléments importants de ces travaux. Bien que les entretiens sur les soins puissent prendre de nombreuses formes, le Maillon santé de Mississauga-Est a accordé la priorité aux entretiens sur les soins avec les patients, les coordonnateurs de soins des maillons santé et les fournisseurs de soins de santé primaires. S'appuyant sur la vaste documentation selon laquelle les patients ayant reçu leur congé de l'hôpital ont de meilleurs résultats s'ils sont suivis par leur médecin de famille dans la semaine suivant leur congé, le Maillon santé de Mississauga-Est a accordé la priorité à cette communication avec les fournisseurs de soins primaires.

### Objectifs

L'objectif du Maillon santé de Mississauga-Est est de faire en sorte que 80 % des patients des maillons santé aient accès à des entretiens sur les soins primaires, définis comme une conversation simultanée avec le patient et sa famille, le fournisseur de soins de santé et le coordonnateur de soins du maillon santé, dans le bureau du fournisseur de soins de santé primaires ou chez le patient, en personne ou par vidéoconférence ou téléconférence. Idéalement, ce premier entretien a lieu dans un délai de sept jours pour les aiguillages vers un service hospitalier et de 14 jours pour les aiguillages vers un service communautaire.

### Paramètres de mesure

Afin de tirer parti des conclusions du Maillon santé de Mississauga-Est publiées il y a un an, d'autres mesures de rendement ont été ajoutées dans le but de renforcer ce travail (veuillez noter les éléments marqués d'un astérisque\*).

### Paramètres de mesure des processus

- Nombre de conférences sur les soins
- Temps écoulé entre l'inscription et la conférence

### Paramètres de mesure des résultats

- Utilisation des services des urgences et de soins actifs six mois avant et six et 12 mois\* après l'inscription des maillons santé
- Utilisation des services selon que les entretiens sur les soins soient précoces ou tardifs\*
- Atteinte des objectifs des patients grâce aux entretiens sur les soins (avec ou sans entretien)\*

### Paramètres de mesure qualitatifs

- Expérience des patients et des fournisseurs relativement aux conférences sur les soins\*
- Rapport du patient et du coordonnateur sur les motifs expliquant l'absence d'entretien sur les soins\*

#### Concepts de changement

Les entretiens sur les soins sont importants pour tous les patients des maillons santé. Si les situations des patients sont réellement complexes, il est possible pour les fournisseurs et les coordonnateurs de soins primaires d'accroître leur compréhension des besoins et des volontés des patients. Pour les coordonnateurs de soins du Maillon santé de Mississauga-Est, il est prioritaire d'organiser dès que possible un entretien sur les soins avec leur fournisseur de soins primaires pour tous les patients des maillons santé. Cela comprend une aide à l'égard des préparatifs, par exemple la prise du rendez-vous et l'organisation du transport au besoin, voire l'organisation d'une vidéoconférence chez le patient si l'une ou l'autre des parties ne peut se déplacer. Il est également important d'avoir des entretiens sur les soins avec d'autres fournisseurs de soins de santé et spécialistes, mais l'accès à cette équipe élargie ne constitue pas un motif pour retarder un entretien rapide avec le fournisseur de soins primaires.

#### Résultats et leçons retenues

Le Maillon santé de Mississauga-Est a réussi à organiser un entretien sur les soins pour 55 % de tous les patients (n = 105), dont 39 % (n = 41) dans le délai ciblé. Les entretiens sur les soins posent des défis. Six mois après l'inscription, le nombre de visites des patients du Maillon santé de Mississauga-Est (n = 131) aux services des urgences avait diminué de 36 % par rapport à la période de six mois précédant l'inscription. Le nombre de visites aux services des urgences des patients ayant participé à un entretien sur les soins (n = 77) avait diminué de 18,7 % après six mois par rapport au nombre de visites des patients qui n'avaient pas participé à un entretien sur les soins. Ce pourcentage avait légèrement diminué (environ 11,1 %) après 12 mois de suivi. Aux premières étapes, les personnes qui n'avaient participé à aucun entretien avaient effectué 93 % plus de visites dans les services des urgences au cours des 30 premiers jours suivant l'inscription. Dans une analyse par sous-groupe des patients participant à des entretiens sur les soins, les patients dont les entretiens ont eu lieu dans les sept jours suivant l'inscription ont présenté une réduction de l'utilisation des services des urgences de plus de 10 % par rapport à ceux qui ont eu un entretien sur les soins plus tard. Cela est conforme aux données de la documentation concernant les soins post-actifs rapides après l'hospitalisation.

Bien que les patients n'aient pas signalé de différence importante quant à l'atteinte de leurs objectifs (81 % dans le cas des patients ayant participé à des entretiens sur les soins, 75 % dans le cas des patients n'ayant pas participé à des entretiens sur les soins), les renseignements tirés d'entrevues révèlent que les entretiens sur les soins ont amélioré la relation des patients avec leur fournisseur de soins primaires et leur expérience des soins de santé. Le coordonnateur de soins du maillon santé et les fournisseurs de soins de santé ont également signalé une compréhension accrue des objectifs des patients et des progrès vers l'atteinte de ces objectifs. Les expériences des patients ainsi que les données quantitatives soutiennent la valeur des entretiens sur les soins au sein de la population de patients des maillons santé. Comme seulement à peine plus de la moitié des patients du Maillon santé de Mississauga-Est ont participé à ce programme innovant de communication et de coordination des soins, il reste de nombreuses occasions de stimuler les patients et les résultats relatifs à l'utilisation des ressources dans ce maillon santé et ailleurs. L'importance des entretiens sur les soins a eu une influence majeure au sein du RLISS de Mississauga Halton, de sorte que le CASC de Mississauga Halton envisage d'adopter les entretiens sur les soins comme norme de soins pour tous les patients ayant des besoins complexes. Des recherches plus poussées s'imposent afin d'examiner les catalyseurs des entretiens sur les soins et les obstacles qui y sont liés, ainsi que d'améliorer le caractère général de cette innovation des maillons santé.

4070

Maillon santé rural de Hastings : La navigation au sein du réseau de soins primaires

Lyn Linton et Julia Swedak

Centre de santé communautaire Gateway, Tweed, Ontario

Contexte

Le Maillon santé rural de Hastings est l'un des sept maillons santé de soins primaires du RLISS du Sud-Est et un pionnier de l'initiative des maillons santé. Le Maillon santé rural de Hastings a appliqué le cadre Triple Aim en renforçant le rôle de la navigation au sein du système de soins primaires pour faciliter les transitions de soins et combler les failles du système. Pour intégrer les principes de Triple Aim, les partenaires des soins primaires et de l'ensemble du secteur ont mis l'accent sur la prestation de soins coordonnés, l'amélioration de l'expérience du patient, la planification intégrée du système lors de la transition d'un patient d'une partie du système à une autre, l'amélioration des résultats en matière de santé axés sur la complexité sociale et médicale et la réduction des coûts des soins de santé. Afin d'appuyer notre vision de changement, des intervenants-pivots et des coordonnateurs de la gestion des données intégrés dans quatre établissements de soins primaires soutiennent un système qui habilite, favorise un sentiment d'appartenance et améliore la santé grâce à la participation, au leadership, à l'innovation, à la gestion du rendement et à l'amélioration continue.

### Objectifs

Afin d'améliorer l'expérience générale des patients, chaque patient identifié par le Maillon santé rural de Hastings est relié à un intervenant-pivot des soins primaires. Tous les patients ayant des besoins complexes identifiés ont un plan de soins coordonnés. Le plan est présenté au patient et à sa famille par un intervenant-pivot qui sollicite la participation du patient, de la famille et du praticien à l'élaboration de ce plan. L'équipe de soins du patient (soins primaires et secteur élargi) participe au soutien du plan de soins, soit lorsque le patient est présent, soit grâce à la participation de l'intervenant-pivot. Le suivi régulier effectué par l'intervenant-pivot quant à la surveillance des objectifs et des progrès du patient renforce un des objectifs visant à établir des relations qui améliorent la satisfaction du patient tout au long de son cheminement.

### Paramètres de mesure

1. Indicateurs de base
2. Pourcentage de réduction des visites évitables aux SU
3. Pourcentage de réduction des admissions inutiles à l'hôpital
4. Pourcentage de réduction de la durée des séjours
5. Pourcentage de réduction des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours
6. Suivi des soins primaires dans les sept jours suivant l'obtention du congé
7. Nombre d'évaluations à domicile réalisées
8. Nombre de patients dont les besoins sont complexes ayant accès à un fournisseur de soins primaires
9. Nombre de patients dont les besoins sont complexes ayant un plan de coordination des soins
10. Nombre de patients dont les besoins sont complexes identifiés
11. Nombre de patients dont les besoins sont complexes ayant refusé les services
12. Nombre d'aiguillages externes effectués par l'intervenant-pivot
13. Nombre d'aiguillages internes effectués par l'intervenant-pivot
14. Nombre d'organismes externes ayant intégré des plans de coordination préalables aux soins
15. Nombre d'organismes internes ayant intégré des plans de coordination préalables aux soins
16. Nombre de patients dont les besoins sont complexes ayant un objectif d'autoprise en charge
17. Nombre de médicaments prescrits aux patients ayant des besoins complexes
18. Nombre de patients qui prennent 10 médicaments ou plus
19. Nombre de patients dont les besoins sont complexes qui effectuent un bilan comparatif des médicaments après leur congé de l'hôpital
20. Nombre de patients dont les besoins sont complexes inscrits à l'initiative du cadre de prévention et de prise en charge des maladies chroniques de l'Ontario
21. Nombre de médecins ayant recours à un intervenant-pivot pour réduire leur charge de travail
22. Nombre de patients dont les besoins sont complexes ayant un bilan comparatif des médicaments
23. Suivi des soins primaires dans les sept jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital
24. Concepts de changement

Le Maillon santé rural de Hastings a établi une structure pour favoriser l'inclusion sur le plan de la pensée systémique intégrée, de la planification, de la gestion du rendement, de l'évaluation et de la responsabilisation en vue de l'amélioration continue. La coalition est composée de représentants des quatre

organismes de soins primaires du Maillon santé rural de Hastings, de partenaires régionaux du secteur (hôpital, CASC, SCS, services de SMT et de SLD) et de patients.

Les quatre établissements de soins primaires (ESF de Hastings Nord, ESF de Bancroft, ESF de Hastings Centre et CSC de Gateway) ont participé activement à l'intégration du rôle des intervenants-pivots au sein de leurs équipes de soins et ont favorisé la participation des médecins. Les médecins en chef, la D<sup>re</sup> Brown (ESF de Bancroft), le D<sup>r</sup> Stewart et la D<sup>re</sup> Webb (ESF de Hastings Centre), le D<sup>r</sup> Quinn (CSC de Gateway) et Cheryl Marks (IP- ESF de Hastings Nord) participent activement au comité directeur du Maillon santé rural de Hastings, soutiennent l'intégration du rôle de l'intervenant-pivot et encouragent l'utilisation de ce rôle et sa propagation au sein de leurs équipes.

#### Résultats et leçons retenues

Du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015, les intervenants-pivots du Maillon santé rural de Hastings ont réalisé 152 plans de coordination des soins, 87 % des médecins avaient recours à l'intervenant-pivot, 100 % des patients ayant un plan de coordination des soins ont rempli un bilan comparatif des médicaments et 100 % des patients ont fait l'objet d'un suivi des soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital. Le Maillon santé rural de Hastings a fourni un rendement du capital investi de 2 667 482 \$ à la fin de l'exercice 2014-2015 et a démontré une réduction de 87 % des visites aux SU, une réduction de 83 % des admissions à l'hôpital et une réduction de 71 % de la durée des séjours.

Afin de régler les problèmes complexes, les conseils d'administration, les fournisseurs, les patients et les familles doivent changer leur mentalité pour passer à une démarche systématique qui met l'accent sur les relations entre les organismes et la progression vers des objectifs partagés. Le succès et la viabilité du modèle du Maillon santé rural de Hastings reposent sur cinq catalyseurs qui soutiennent cette démarche systématique, qui peut être partagée avec d'autres régions.

Voici ces cinq catalyseurs :

- i Programme commun – vision partagée, démarche conjointe au moyen d'actions convenues
- ii Paramètres de mesures partagés – gestion du rendement uniforme pour tous les participants, responsabilisation mutuelle
- iii Renforcement mutuel des actions – plan d'action coordonné
- iv Communication constante – motivation commune et liens de confiance
- v Pilier de soutien – personnel dévoué, ensemble d'aptitudes spécifiques, structure pour orienter, établir et coordonner les organismes participants

4174

Ne pas perdre de vue les patients à risque élevé et ayant des besoins importants – le programme CAN (Community Agency Notification [Avis aux organismes communautaires])

Mary Eastwood<sup>1</sup> et John Klich<sup>2</sup>

1. Services communautaires WoodGreen – Maillon santé Don Valley/Greenwood, Toronto, Ontario; 2. Services paramédicaux de Toronto, Toronto, Ontario

#### Contexte

Un défi auquel les fournisseurs communautaires sont confrontés est de maintenir une relation avec les clients à risque élevé et ayant des besoins importants lorsqu'ils font face à une urgence médicale, comme les personnes âgées fragiles ayant des besoins complexes et les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale et de dépendance. Le fait de ne pas savoir quelles personnes ont été transférées, l'endroit où elles ont été envoyées ou le moment du transfert crée un écart entre les services établis et les personnes auxquelles ils sont destinés. Le programme CAN (Community Agency Notification [Avis aux organismes communautaires]) est une initiative novatrice qui établit un partenariat entre les Toronto Paramedic Services (services paramédicaux de Toronto) et les fournisseurs communautaires afin de combler l'écart en envoyant aux fournisseurs des avis électroniques lorsque leurs clients du programme CAN ont recours à des services paramédicaux. L'avis précise si la personne a été aidée à domicile ou si elle a été amenée à l'hôpital et fournit des renseignements à propos du lieu et du moment de l'hospitalisation.

L'avantage du programme est que les avis sont généralement envoyés « en temps réel », ce qui permet aux fournisseurs de mieux répondre aux besoins des clients qui évoluent en raison d'un déclin de la santé, de blessures ou de changements dans leur environnement. Les fournisseurs peuvent effectuer un suivi proactif avec la personne, sa famille ou l'hôpital afin de s'informer de l'état du client et de déterminer les prochaines étapes à suivre. Les avis du programme CAN favorisent une transition harmonieuse des soins offerts aux clients, ce qui pourrait entraîner une réduction des consultations aux SU, des hospitalisations plus courtes et une amélioration de l'efficacité du continuum de la prestation de services.

À l'été 2014, les Toronto Paramedic Services ont mesuré le taux d'avis émis lorsque les ambulanciers paramédicaux intervenaient à la suite des appels au 911 provenant de cinq bâtiments comptant environ 400 clients du CAN. Ils ont découvert que des avis étaient seulement émis dans environ 20 % des cas. Pour que le système émette des avis, les 1000 ambulanciers paramédicaux des Toronto Paramedic Services devaient savoir comment utiliser les numéros d'identification attribués aux clients. Les Toronto Paramedic Services et les fournisseurs estimaient que pour être vraiment efficace, le programme devait accroître le pourcentage d'appels au 911 déclenchant des avis aux organismes communautaires et le nombre de clients du programme CAN.

### Objectifs

Améliorer les soins offerts aux clients à risque élevé et ayant des besoins importants en :

- améliorant le pourcentage d'appels au 911 nécessitant la participation des ambulanciers paramédicaux qui déclenchent des avis aux organismes communautaires;
- augmentant le nombre de clients inscrits au programme CAN.

Ces objectifs amélioreraient les soins offerts aux clients en permettant aux fournisseurs d'effectuer un suivi proactif.

### Paramètres de mesure

#### Résultat

- Accroître le nombre de fournisseurs avisés par l'entremise du programme CAN lorsque les ambulanciers paramédicaux aident leurs clients à domicile ou les emmènent à l'hôpital de façon à ce que ce nombre passe de moins de 20 % à 80 %.
- Lorsque les fournisseurs communautaires reçoivent un avis du programme CAN, ils effectuent un suivi auprès de leurs clients à risque élevé et ayant des besoins importants dans 100 % des cas.

#### Processus

- Augmenter de 300 % le nombre d'avis déclenchés lorsque les clients du programme CAN composent le 911 et reçoivent l'aide des ambulanciers paramédicaux.
- Augmenter de 30 % le nombre de clients du CAN.

#### Concepts de changement

Voici certaines interventions entreprises :

- En septembre 2014, les Toronto Paramedic Services ont élaboré et mis en œuvre un système pour que les avis du programme CAN soient déclenchés automatiquement lorsqu'un ambulancier paramédical entre le numéro de carte Santé d'un patient dans le cadre de ses fonctions habituelles. Dans le système principal, les Toronto Paramedic Services associent le numéro d'identification CAN au numéro de la carte Santé . Ainsi, les avis du programme CAN peuvent être déclenchés même si l'ambulancier paramédical ne connaît pas le programme CAN.
- Les Toronto Paramedic Services ont tenu des séances de formation médicale continue en février, mars et avril 2015 pour renseigner les ambulanciers sur le programme CAN.
- Le Maillon santé Don Valley/Greenwood s'est engagé à inscrire 270 nouveaux clients au programme CAN à WoodGreen entre juillet 2014 et juin 2015.
- Le Projet d'accès et de navigation communautaire a collaboré avec le programme de soins communautaires paramédicaux des Toronto Paramedic Services en 2014 et en 2015 pour déployer le programme CAN dans plus d'organismes et augmenter le nombre de clients qui y sont inscrits.

## Résultats et leçons retenues

Voici les résultats des interventions :

- Après la mise en œuvre des avis du programme CAN déclenchés par les cartes Santé, le pourcentage d'avis émis par les appels aux services paramédicaux provenant des cinq bâtiments évalués est passé de moins de 20 % à 80 %.
- Les séances de formation médicale continue offertes aux ambulanciers ont entraîné une augmentation d'environ 100 % des avis déclenchés de façon proactive par des ambulanciers en entrant les numéros d'identification du programme CAN.
- En moyenne, le nombre d'avis par mois a augmenté de plus de 300 %.
- Le Maillon santé Don Valley/Greenwood a inscrit 348 clients au programme CAN à WoodGreen entre juillet 2014 et juin 2015.
- Le nombre de clients inscrits au programme CAN est passé de 1796 à 2764. Cet ajout de 968 clients représente une augmentation de plus de 30 %.

Grâce aux avis reçus par le personnel de WoodGreen entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 juin 2015, le programme a entraîné les résultats suivants :

- 78 avis du programme CAN reçus
- 100 % des avis ont été suivis par au moins un appel téléphonique ou une visite
- Dans 39 % des situations, un suivi supplémentaire était requis
- Dans 41 % des situations, les membres du cercle de soins de l'organisme ont été informés
- Dans 28 % des situations, les membres du cercle de soins externe ont été informés
- Dans 24 % des situations, de nouveaux services ont été mis en place
- 17 clients ont été admis et, dans 82 % des cas, les fournisseurs ont communiqué avec l'hôpital

4377

Jeter les bases du rendement relatif aux procédures fondées sur la qualité : Promouvoir la qualité des dossiers médicaux et de la documentation à l'Hôpital de Scarborough

Devee Perna, Alfred Ng et Joseph Hagos

Hôpital de Scarborough, Toronto, Ontario

### Contexte

En raison des changements indiqués dans la Réforme du financement du système de santé (RFSS), le codage et la documentation jouent un rôle de plus en plus important et ont une incidence directe sur le financement des hôpitaux. L'amélioration de la qualité et de l'efficacité du processus de codage assurera que les hôpitaux tiennent un budget qui permet d'offrir de façon continue une expérience de soins exceptionnelle à nos patients.

### Objectifs

Le comité directeur des procédures fondées sur la qualité (PFQ) de l'Hôpital de Scarborough a procédé à une analyse des causes profondes portant sur les lacunes administratives éventuelles dans le rendement relatif aux PFQ. Après l'examen du tableau de bord équilibré des dossiers médicaux de l'Hôpital de Scarborough, il a été déterminé qu'une activité d'amélioration rapide dans le cadre de la méthodologie allégée devait être menée dans les buts suivants : 1) régler les défaillances de plus en plus fréquentes dans les dossiers, qui ont entraîné une reprise du travail inutile pour l'équipe de codage des dossiers médicaux; 2) améliorer le caractère opportun de l'exécution du codage pour atteindre la cible de 30 jours; et 3) améliorer la productivité générale de l'équipe.

### Paramètres de mesure

Les résultats pour l'équipe ont compris l'accès, tel que défini par la mesure « délai d'exécution mensuel des dossiers codés », ainsi que la productivité ou le « pourcentage de temps non accordé au codage », tel que défini par les rapports sommaires sur la charge de travail.

Les paramètres de mesure du processus comprenaient la réduction du nombre de défaillances mensuelles dans les dossiers, c'est-à-dire les dossiers pour lesquels il manquait des aspects importants des documents sur

les soins des patients et qui entraînaient donc une reprise du travail et du temps non productif pour l'équipe de codage des dossiers médicaux.

### Concepts de changement

L'activité d'amélioration rapide du codage des dossiers médicaux dans le cadre de la méthodologie allégée a été la première dans le portefeuille de gestion de l'information sur la santé. Une équipe interfonctionnelle composée de représentants des services des finances, de l'aide à la décision, de l'inscription des patients et des dossiers médicaux a été mandatée. Des dirigeants des services cliniques et des médecins ont participé à l'activité qui a duré cinq jours. En étendant le processus du moment où le dossier d'un patient est prêt pour le codage à celui où les données épurées sont soumises à l'externe (c.-à-d., à l'ICIS et à l'ACO), la schématisation des processus et des diagrammes spaghetti ont été utilisés pour visualiser les multiples transferts et les mesures supplémentaires requises selon l'état actuel. L'équipe a cerné de nombreuses lacunes et possibilités d'amélioration, notamment : des renseignements et des connaissances « cloisonnés » dans l'ensemble de l'équipe des dossiers médicaux, une communication inégale dans les services des finances et de l'aide à la décision, des attentes ou des ententes de niveau de service imprécises avec les médecins et un manque de concentration sur les processus de vérification internes.

Sur une période de trois mois, une série d'améliorations ont été mises en œuvre, notamment : des réunions flash hebdomadaires dans le domaine du codage, un comité de gestion des données comprenant les services des finances, de l'aide à la décision et de l'inscription des patients, la mise en œuvre de vérifications des processus ou de « vérifications de la qualité », la gestion du changement et l'éducation des médecins sur l'importance d'une documentation en temps opportun, le perfectionnement de la politique générale actuelle qui régit la façon dont les dossiers sont remplis par le personnel médical, ainsi que des processus d'interventions par paliers renouvelés pour informer les médecins responsables des défaillances dans les dossiers.

### Résultats et leçons retenues

Les résultats obtenus comprennent une amélioration de 47 % du délai d'exécution mensuel du codage (s'approchant de la cible de 30 jours) ainsi que l'atteinte de la cible de productivité qui consiste à réduire la charge de travail non liée au codage à moins de 5 %. La participation continue des médecins aux réunions des services et au conseil consultatif médical a permis de réduire de 36 % les défaillances dans les dossiers.

### Leçons retenues

Importance de l'information sur la santé pour le rendement relatif aux PFQ : Cette activité, qui a été menée dans le cadre de la méthodologie allégée, a permis au personnel et aux médecins de l'Hôpital de Scarborough de mieux comprendre les défis auxquels fait face notre équipe des dossiers médicaux ainsi que l'importance de la collaboration.

Lien entre les finances, les données et les dossiers médicaux : Les dirigeants ont également reconnu le besoin d'élaborer des points de vérification réguliers des processus entre le service des dossiers médicaux et les autres services de gestion de l'information.

Application des outils et des concepts d'amélioration dans un service de soutien administratif : Les membres du personnel ont facilement compris et appliqué la pensée allégée dans leur lieu de travail, mettant en place des réunions flash d'équipe, des vérifications de processus et la méthode kanban.

Participation des médecins au changement administratif : Le fait d'aider les médecins à comprendre l'importance de la consignation au dossier et de la documentation a considérablement favorisé l'amélioration. L'équipe des dossiers médicaux a utilisé des données qui étaient significatives pour nos médecins pour illustrer les répercussions des retards dans les dossiers.

4038

Améliorer l'expérience des soins en intégrant des procédures fondées sur la qualité lors de la mise en congé pour les patients atteints de MPOC

Loretta G. McCormick et Christine Macie

## Contexte

L'exacerbation de la MPOC est la principale cause d'admissions et de réadmissions à l'hôpital parmi toutes les affections chroniques (Benady, 2010). En janvier 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en partenariat avec Qualité des services de santé Ontario, a publié les procédures fondées sur la qualité (PFQ) pour la MPOC, qui s'harmonisent avec les objectifs de prestation de soins de qualité et de responsabilité financière. Le rapport traite de la façon dont le changement de paradigme vers l'amélioration de la qualité a cerné le besoin d'une forte mobilisation clinique, ainsi que la nécessité de renforcer la capacité du système, pour qu'un changement et une amélioration puissent avoir lieu dans l'adoption par les fournisseurs des pratiques exemplaires relatives aux résultats pour les patients.

L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques nécessite une étroite collaboration entre les fournisseurs de soins actifs et les fournisseurs de soins primaires. Les PFQ renferment le modèle de continuum de soins pour la prise en charge de la MPOC, qui fournit des recommandations à l'intention des cabinets pour l'étape de l'épisode de soins actifs et l'étape des soins communautaires postactifs. Le modèle de continuum de soins de la MPOC renferme des recommandations pour la mise en congé des patients et leur transition entre l'hôpital et la collectivité. L'Hôpital Memorial de Cambridge occupe une position stratégique qui lui permet de continuer de miser sur le fondement actuel des soins et d'améliorer l'expérience de soins pour les patients atteints de MPOC, en plus de mettre en œuvre le volet de la planification préalable au congé des procédures fondées sur la qualité (PFQ) pour la MPOC, plus précisément les modules de soins 5 et 6.

## Objectifs

Ce projet vise à mettre en œuvre le volet de la planification préalable au congé des PFQ pour la MPOC. Dans le cadre des PFQ, les patients sont sélectionnés pour faire l'objet d'un examen complet par l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien du projet, s'ils respectent les critères d'inclusion décrits dans les PFQ, notamment une admission à l'hôpital en raison de la MPOC ou d'une exacerbation de celle-ci.

La mise en œuvre du volet préalable au congé des PFQ comprend les éléments suivants : un examen ciblé de toute la documentation accessible, des tests de diagnostic, une évaluation clinique complète du patient par l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien avant le congé, un examen et un bilan comparatif des médicaments, un examen de la technique d'utilisation de l'inhalateur, de l'information et un soutien relativement à l'abandon du tabagisme, ainsi que l'élaboration d'un plan d'autoprise en charge complet axé sur la collaboration comprenant la remise d'un rapport documenté complet au fournisseur de soins en médecine familiale et aux fournisseurs de soins de santé, au besoin, au moment du congé ou avant. Les volets du rapport comprennent une liste des médicaments actuels à l'intention du pharmacien communautaire, un rapport de la posologie nécessaire et de la prescription d'oxygène à l'intention du fournisseur d'oxygène, un aiguillage vers la clinique de MPOC ou la suggestion d'une consultation en pneumologie, selon les résultats de l'examen, ainsi qu'une liste de toutes les recherches cliniques prévues, des directives de préparation relatives aux tests de diagnostic et de tous les rendez-vous de suivi prévus. Ce projet structuré de planification préalable au congé fournit des renseignements essentiels liés à l'élaboration du plan de prise en charge pour le patient atteint de MPOC au moment du congé et renforce les liens de communication avec de multiples personnes soignantes au sein de la collectivité.

## Paramètres de mesure

Les objectifs du projet comprennent ce qui suit :

- 1 accroître le nombre de patients qui ont subi un test de diagnostic;
- 2 réduire les exacerbations et le taux d'hospitalisation;
- 3 réduire le taux de réadmission dans les 30 jours;
- 4 améliorer les communications avec les fournisseurs de soins primaires;
- 5 améliorer les communications avec le personnel de soins de santé dans le milieu hospitalier.

## Concepts de changement

La clinique de la MPOC de l'Hôpital Memorial de Cambridge est un programme destiné aux patients externes atteints de MPOC qui offre des services d'information, d'évaluation clinique et de prise en charge continue de la maladie. Dans le cadre de la restructuration de nos services cliniques actuels, nous avons élargi notre service

de base pour intégrer l'examen des patients par une infirmière praticienne ou un infirmier praticien pendant l'hospitalisation et juste avant le congé, en plus d'améliorer les communications, au besoin, avec les fournisseurs de soins communautaires, y compris les pharmaciens, les fournisseurs d'oxygène, les physiothérapeutes, les responsables des CASC et les fournisseurs de soins primaires. Cela démontre notre engagement continu à maintenir notre rôle d'hôpital communautaire et à répondre aux besoins de nos patients. Ce projet a entraîné la création de partenariats efficaces dans notre structure communautaire tout en faisant participer le patient hautement prioritaire à chaque étape, grâce à une communication et à un dialogue continus favorisant le transfert des connaissances et établissant une culture de qualité.

Résultats et leçons retenues

Ce projet pilote permet d'habiliter les résidents de Cambridge qui souffrent de MPOC, grâce à un contact amélioré avec l'équipe de soins de santé à l'Hôpital Memorial de Cambridge, à un contact personnalisé avec l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien avant le congé et à un engagement auprès de la collectivité, au besoin, dans la prestation des services de soins de santé. L'amélioration de l'expérience des soins dans le but de favoriser des soins axés sur le patient au moment du congé pour les patients atteints de MPOC fournit une démarche ciblée axée sur la collaboration à l'égard de l'établissement d'objectifs de soins et d'interventions centrés sur le patient.

La détermination des besoins individuels en matière de soins pour la promotion de la santé et la prévention des maladies et la facilitation des rendez-vous prévus, des suivis et des recherches cliniques ont eu une incidence positive sur les soins primaires et sur l'ensemble du système de soins de santé. Ce projet a favorisé une culture de collaboration entre les patients, l'hôpital, la collectivité et les fournisseurs de soins primaires, qui travaillent de façon harmonieuse pour communiquer les besoins de chaque patient et ses objectifs en matière de soins.

4345

Le programme de sensibilisation à la MPOC de L'Hôpital d'Ottawa  
Wendy L. Laframboise et Sherry Daigle  
L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario

#### Contexte

Les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) présentent un taux élevé de réadmission à L'Hôpital d'Ottawa dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé après une exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC), et les dépenses engagées pour les traiter sont plus élevées que pour toute autre maladie. Des données probantes donnent à penser qu'en optimisant l'efficacité et l'efficience de la prise en charge médicale et de l'autoprise en charge par une meilleure coordination et une meilleure communication entre tous les intervenants, le risque de réadmission à l'hôpital pourrait être réduit.

#### Objectifs

Mettre en œuvre un programme de sensibilisation à la MPOC et améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins pour les patients, les familles et les fournisseurs à L'Hôpital d'Ottawa et dans la collectivité.

Paramètres de mesure

Paramètres de mesure des résultats

Réduire de 25 % le taux de réadmission dans les 30 jours

Paramètres de mesure du processus

- Service de consultation sur l'abandon du tabagisme
- Sensibilisation à l'autoprise en charge
- Rendez-vous de suivi avec un FSP
- Réadaptation pulmonaire

Concepts de changement

L'Hôpital d'Ottawa compte parmi 19 équipes au Canada à bénéficier de capitaux d'amorçage et à pouvoir participer à un projet collaboratif pancanadien d'une durée de 12 mois grâce à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, en partenariat avec Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée. Le projet a notamment pour objectif l'élaboration de démarches novatrices destinées à améliorer les soins prodigués aux personnes atteintes de MPOC dans l'ensemble du pays.

L'Hôpital d'Ottawa, en collaboration avec des partenaires communautaires, a mis sur pied un programme de sensibilisation à la MPOC qui vise à offrir des soins harmonisés de haute qualité aux patients admis avec une exacerbation aiguë de la maladie (EAMPOC). Notre équipe recueille actuellement des inscriptions auprès de patients admis à L'Hôpital d'Ottawa pour une EAMPOC dans les services de pneumologie, de médecine et de médecine familiale des deux campus. Grâce à la collaboration et à la coordination des soins par des cliniciens de L'Hôpital d'Ottawa spécialisés dans la prise en charge de la MPOC, les patients rentrent chez eux en toute sécurité et bénéficient d'une visite prévue à l'horaire dans les deux semaines qui suivent leur sortie de l'hôpital, d'un suivi mensuel pendant les trois mois suivants et d'un autre, 12 mois après leur sortie. Toutes les consultations auprès des patients, y compris celles qui sont effectuées par téléphone à l'occasion desquelles ceux-ci se voient prodiguer des conseils, sont consignées dans les dossiers médicaux électroniques et transmises par télécopieur au fournisseur de soins approprié au besoin. Les patients ont accès à une ligne d'information par l'entremise de laquelle ils peuvent parler à un membre de l'équipe afin d'obtenir des renseignements sur la prise en charge non urgente de la MPOC ou poser des questions pour s'orienter dans le système de santé. Les ressources communautaires sont aussi examinées avec chaque patient, et des aiguillages sont effectués au besoin. Au bout du compte, chaque patient se voit donc reconnu comme étant unique, et son plan de traitement tient compte de ses connaissances, de ses préoccupations et de ses besoins personnels.

#### Résultats et leçons retenues

Résultats dans les six premiers mois (de novembre 2014 à mai 2015)

L'objectif du programme était de recruter 100 patients en 12 mois. Dans les six premiers mois, 66 patients (29 hommes et 37 femmes) se sont inscrits. On observe, chez les participants, une diminution de l'ordre de 75 % des réadmissions liées à la MPOC par rapport aux 12 mois précédant leur inscription.

- L'âge moyen est de 73,6 ans (écart-type = 10,4).
- La totalité des patients qui fument ont reçu de l'information/bénéficié de services de consultation sur l'abandon du tabac.
- 86 % des patients avaient soit vu leur FSP dans les sept jours suivant leur congé, soit pris rendez-vous avec lui.
- 4,5 % des patients ont vu faciliter leur aiguillage vers un nouveau FSP.
- Aiguillage vers des ressources communautaires – 41 % vers la réadaptation pulmonaire; 4 % vers les soins palliatifs et 55 % des patients ont indiqué ne pas souhaiter être aiguillés vers des ressources communautaires.
- 100 % des FSP +/- spécialistes ont reçu par télécopieur un document décrivant brièvement la participation de l'équipe de sensibilisation.

Vingt-deux patients ont reçu des questionnaires de référence :

- 86 % de ces personnes n'ont jamais fumé ou ne fument pas à l'heure actuelle.
- 86 % indiquent ne pas avoir eu de conversation avec leur médecin concernant ce à quoi s'attendre dans le futur à l'égard de la MPOC.
- 68 % ont au plus un diplôme d'études secondaires.
- 77 % ont un revenu annuel inférieur à 40 000 \$.
- 100 % de la population cible a fait l'objet d'une sensibilisation à l'autoprise en charge (comportant un plan d'action pour la MPOC).

L'équipe de sensibilisation à la MPOC continue d'accroître la capacité par le transfert de pratiques exemplaires et de connaissances à des hôpitaux et des intervenants de la collectivité. Les lacunes sur le plan des services sont communiquées et des stratégies d'atténuation sont cernées, parmi lesquelles l'établissement d'un cheminement de la MPOC, en collaboration avec des intervenants internes et externes.

L'un des principaux facteurs de réussite du programme est la reconnaissance de l'importance que revêt l'établissement d'une relation entre le fournisseur de soins et le patient/la famille. Une fois qu'une relation a été établie, le patient/la famille est motivé(e) à participer à la création d'un programme de soins et se sent par la suite habilité(e) à faire part de ce plan à d'autres fournisseurs de soins de santé (p. ex., le fournisseur de soins primaires, le pharmacien).

Parmi les limites du programme figure la capacité à voir des patients admis à partir d'établissements de soins de longue durée. Les solutions créatives ou possibilités d'augmentation graduelle pour intégrer cette population pourraient notamment comprendre le renforcement de la capacité parmi les infirmiers praticiens du programme de sensibilisation de L'Hôpital d'Ottawa qui travaillent actuellement dans des établissements de soins de longue durée de la région. On pourrait aussi envisager d'inclure les aiguillages émanant du service des urgences et, à plus grande échelle, de mettre sur pied un comité qui étudierait la possibilité de créer une trousse d'outils pour la MPOC à distribuer dans toute la région.

4136

Mettre en œuvre dans l'ensemble du réseau une stratégie de mobilisation pour soutenir la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral Elizabeth Linkewich<sup>1</sup>, Jennifer Fearn<sup>2</sup>, Shelley Huffman<sup>3</sup>, Janine Theben<sup>4</sup>, Amy Maebræ-Waller<sup>5</sup>, Jennifer Beal<sup>6</sup>, Gwen Brown<sup>3</sup>, Ruth Hall<sup>7</sup>, Judy Murray<sup>5</sup>, Donelda Sooley<sup>5</sup>, Jennifer White<sup>5</sup>, Deb Willems<sup>6</sup> et Sylvia Quant<sup>1</sup>

1. Toronto Stroke Networks, Toronto, Ontario; 2. Centre de district pour le traitement des accidents vasculaires cérébraux de North Bay, Sudbury, Ontario; 3. Stroke Network of South Eastern Ontario, Kingston, Ontario; 4. West GTA Stroke Network, Mississauga, Ontario; 5. Central East Stroke Network, Barrie, Ontario; 6. Southwestern Ontario Stroke Network, London, Ontario; 7. Ontario Stroke Network, Toronto (Ontario)

#### Contexte

Le *Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Stroke* (2015) recommande que chaque personne ayant subi un accident vasculaire cérébral reçoive au moins trois heures de thérapie intensive individualisée par jour en réadaptation pour patients hospitalisés. Le temps passé par le patient en thérapie n'étant actuellement pas consigné, l'Ontario Stroke Network (OSN) a collaboré avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour faire inclure l'intensité de la réadaptation dans le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). Le 1<sup>er</sup> avril 2015, le MSSLD a rendu obligatoire la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation dans le SNIR pour tous les patients ayant subi un AVC en Ontario. Comme il s'agit là d'une initiative provinciale, une stratégie de mobilisation comprenant la collaboration avec de multiples intervenants a été nécessaire à l'établissement d'une démarche uniformisée de transfert des connaissances pour la mise en œuvre clinique et la viabilité de la mesure de l'intensité de la réadaptation.

#### Objectifs

Mettre en œuvre une stratégie provinciale pour soutenir la collecte de données et la production de rapports sur l'intensité de la réadaptation.

Comprendre les expériences des cliniciens dans la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation afin de renforcer le soutien qui leur est offert lors de cette collecte.

#### Paramètres de mesure

Un sondage a été mené à l'échelle de la province, en 2015, pour évaluer l'application et comprendre les expériences des cliniciens dans l'instauration de la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation. Les paramètres de mesure des résultats comprenaient :

1. Nombre total d'hôpitaux se déclarant prêts à recueillir des données sur l'intensité de la réadaptation.
2. Pourcentage des hôpitaux qui utilisaient des systèmes de mesure de la charge de travail plutôt que d'autres méthodes pour recueillir des données sur l'intensité de la réadaptation.

3. Pourcentage des cliniciens qui entraînent des données sur l'intensité de la réadaptation en 10 minutes ou moins.

Des questions qualitatives ont été utilisées, dans le cadre d'un sondage électronique ponctuel, pour comprendre les expériences des cliniciens afin de cerner les obstacles à la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation et les facteurs habilitants. Une analyse thématique a été effectuée afin de dégager des thèmes liés au changement dans les pratiques et aux conséquences imprévues de cette collecte.

#### Concepts de changement

La collecte de données sur l'intensité de la réadaptation exige une transition de la comptabilisation des heures passées par les cliniciens à donner des traitements à la consignation des heures passées par le patient en thérapie. Pour consigner le temps passé par les patients en thérapie, les cliniciens doivent disposer des outils nécessaires au suivi de ces données et recevoir du matériel éducatif et une formation. L'adaptation des systèmes de mesure de la charge de travail aux fins de collecte de données sur l'intensité de la réadaptation nécessite un soutien organisationnel et des ressources.

#### La démarche

En 2014, l'OSN a mis sur pied un groupe de travail qui a collaboré avec le MSSLD et l'ICIS pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale destinée à soutenir la collecte de données et la production de rapports sur l'intensité de la réadaptation. Pour l'analyse de la situation actuelle, le groupe de travail a examiné l'utilisation provinciale des systèmes de mesure de la charge de travail et réalisé des entrevues dans quatre établissements qui avaient engagé le processus de changement et procédaient à l'adaptation de leur système afin de rendre possible la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation. Des ressources éducatives ont ensuite été élaborées à la lumière des mesures prises par ces hôpitaux pour adapter leurs systèmes de mesure de la charge de travail, dans une perspective de soutien à la mise en œuvre provinciale. Afin de faciliter l'application et le transfert de connaissances à l'échelle de la province, le groupe des coordonnateurs régionaux en réadaptation de l'OSN a été mobilisé pour assurer la diffusion des ressources/de l'information et recueillir, en continu, une rétroaction qui permettrait de cerner les problèmes émergents et guiderait la mise en œuvre. Un sondage électronique en 12 points réalisé après la mise en œuvre a aussi été préparé par le groupe et diffusé par les coordonnateurs régionaux en réadaptation de l'OSN pour orienter l'élaboration continue de ressources. Ce sondage était conçu pour capturer l'expérience des cliniciens lors de la collecte de données sur l'intensité de la réadaptation et a été mis à l'essai dans un établissement avant d'être diffusé dans les hôpitaux du SNIR, trois semaines après la mise en œuvre.

#### Résultats et leçons retenues

D'après les renseignements obtenus auprès du groupe des coordonnateurs régionaux en réadaptation de l'OSN, 46 hôpitaux auraient indiqué être prêts à recueillir des données sur l'intensité de la réadaptation à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 et deux autres, prêts à débiter un à trois mois plus tard. Trois cent vingt et un cliniciens de 47 hôpitaux ont répondu au sondage. Des démarches courantes pour la collecte de données relatives à l'intensité de la réadaptation ont été cernées, parmi lesquelles l'adaptation des systèmes de mesure de la charge de travail pour y inclure des champs de données associés à l'intensité de la réadaptation (64 % des établissements, N = 47) et la collecte manuelle. Les cliniciens ont aussi indiqué que la collecte des données était réalisable, 71 % d'entre eux rapportant qu'il leur fallait dix minutes ou moins pour entrer l'intensité de la réadaptation. Parmi les cliniciens, l'exactitude des données représentait la difficulté la plus fréquemment observée (30 %, N = 358). Le facteur habilitant le plus couramment mentionné était la facilité d'accès par l'entremise des systèmes de mesure de la charge de travail (50 %, N = 23). Thèmes qualitatifs liés aux changements dans les pratiques et aux conséquences imprévues. Une analyse plus approfondie est en cours. Globalement, une structure provinciale mettant à profit les relations régionales a permis la mobilisation efficace de 46 hôpitaux en Ontario qui recueilleraient des données sur l'intensité de la réadaptation après un AVC à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015. La mobilisation des intervenants à une échelle régionale permet l'élaboration de ressources adaptées aux besoins locaux. Les possibilités d'amélioration dans la collecte de données relatives à l'intensité de la réadaptation sont liées à l'amélioration de la qualité des données et à l'uniformisation de la collecte d'un établissement à l'autre. Les travaux futurs viseront essentiellement à élaborer des ressources pour remédier aux problèmes liés à l'assurance de la qualité et à utiliser les données de façon à favoriser l'amélioration du système de prévention des accidents vasculaires cérébraux. Ces données

sont aussi utilisées aux fins d'élaboration de ressources pour la mise en œuvre clinique d'une intensité de réadaptation accrue. Les apprentissages tirés de ces travaux orientent la planification des systèmes et peuvent être appliqués à d'autres provinces et groupes de diagnostic intéressés par l'intensité de la réadaptation en contexte de réadaptation.

4172

Une approche « INSPIRED » de la maladie pulmonaire obstructive chronique : Améliorer les soins et créer de la valeur

Claudia Amar

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Ottawa, Ontario

#### Contexte

D'un bout à l'autre du Canada, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est l'une des principales causes de visites au service des urgences et d'hospitalisation. Le programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC<sup>MD</sup> de Halifax, en Nouvelle-Écosse, établit de nouvelles normes de soins communautaires pour les personnes à un stade avancé de MPOC. Avec plus de 250 patients désormais inscrits au programme, et une réduction de 60 % de l'utilisation des installations, le programme INSPIRED est prêt à s'étendre au-delà des Maritimes. Le programme s'adresse aux patients atteints d'une exacerbation aiguë de MPOC, ceux-ci étant le plus à risque d'être hospitalisés de manière répétitive. Un projet collaboratif pancanadien d'amélioration de la qualité mis sur pied par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), en partenariat avec Boehringer Ingelheim Canada Ltée (BICL) et avec le soutien sur le terrain de VitalAire Canada, a déployé l'expérience de Halifax à toutes les provinces en soutenant 19 équipes multidisciplinaires spécialisées en amélioration des soins de santé.

#### Objectifs

Le réseau de collaboration avait pour objectif d'aider les 19 équipes participantes à :

- améliorer l'enseignement aux aidants naturels, l'autoprise en charge et l'auto-efficacité, en particulier pour les patients atteints de MPOC avancée;
- améliorer la continuité des soins pendant la transition de l'hôpital à la maison;
- améliorer les soins à domicile;
- faciliter la planification préalable efficace des soins;
- réduire la dépendance aux soins coûteux en milieu hospitalier, y compris les visites au service des urgences (SU), les hospitalisations et la durée des séjours.

#### Paramètres de mesure

Chacune des 19 équipes d'amélioration a intégré des mesures de base dans quatre domaines de qualité dans le cadre de ses initiatives : les soins centrés sur le patient et la famille, la coordination des soins, l'efficacité du système de soins de santé et la pertinence des soins.

Les mesures d'efficacité comprenaient ce qui suit : 1) visites aux SU/taux annuel de visite pour la MPOC; 2) taux d'admission pour la MPOC; 3) durée moyenne de séjour annuelle pour la MPOC; et 4) taux de réadmission imprévue pour la MPOC (dans les 30 jours, dans les 90 jours, dans les six mois et après un an).

Dans le cas de la coordination des soins, on a demandé aux équipes de suivre la qualité des soins de transition de l'hôpital au domicile pour le patient/sa famille (changement de score individuel CTM-3 ou 15).

Pour évaluer la qualité des soins axés sur le patient et sa famille, les équipes ont examiné les témoignages des patients et des familles ayant relaté leur expérience du programme (à l'aide du Guide d'entrevue adapté du Programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC<sup>MD</sup> sur les espoirs et les attentes à l'intention des patients et de leur famille).

Chaque équipe a sélectionné des mesures de pertinence des soins particulières à ses interventions (p. ex., pourcentage de patients qui ont reçu une ordonnance pour des médicaments appropriés : bronchodilatateurs (BD) (à courte et (ou) à longue durée d'action) pour tous les patients; combinaison de bêta-agonistes à longue

durée d'action et corticostéroïdes inhalés pour la prévention des exacerbations; pourcentage de patients qui ont reçu un plan d'action (PA) pour les exacerbations autogérées : enseignement/sensibilisation, PA écrit, ordonnance; pourcentage de patients qui ont été aiguillés vers la réadaptation pulmonaire, etc.). Avec sept des 19 équipes le composant provenant de l'Ontario, le projet collaboratif constituait une excellente plateforme pour l'inclusion de mesures d'élaboration des PFQ de MPOC dans leur plan général de mesure, tout en allant au-delà de celles-ci pour suivre les données liées à d'autres aspects importants de leurs interventions fondées sur le programme INSPIRED.

### Concepts de changement

Les équipes ont adapté les concepts et les interventions ci-dessous tirés du programme de sensibilisation à la MPOC :

- L'optimisation des médicaments et un plan d'action pour les ordonnances [conformes aux lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie, ou SCT]
- La continuité des soins au moment des transitions de l'hôpital au domicile
- Des soins personnalisés, coordonnés et proactifs qui comprennent :
  - une éducation à domicile concernant l'autogestion de la MPOC;
  - un soutien psychosocial/spirituel à domicile;
  - la possibilité de faire une planification préalable des soins à domicile;
  - un accès téléphonique au soutien de l'équipe pendant les heures de travail;
  - un suivi mensuel au téléphone pendant trois mois après les visites à domicile.
- L'établissement de partenariats avec la collectivité et les professionnels alliés de la santé
- Un suivi et une évaluation à des fins d'assurance de la qualité

Pour aider les équipes à mettre en œuvre leurs interventions fondées sur le programme INSPIRED, le projet collaboratif leur a fourni du financement, un encadrement, du matériel de formation et des outils. Le programme a été conçu de manière à offrir un enseignement portant sur l'amélioration de la qualité (p. ex., contenu au sujet des cycles PFEA, gestion du changement, mesure) aussi bien que sur la maladie chronique (pratiques exemplaires en matière d'aide à l'autoprise en charge de la MPOC, y compris le soutien à l'autoprise en charge, les soins de fin de vie, les soins efficaces axés sur le travail d'équipe, etc.)

### Résultats et leçons retenues

Des résultats préliminaires provenant du réseau collaboratif indiquent que deux équipes ontariennes ont été capables de démontrer des résultats à partir de certaines mesures de PFQ. Par exemple, L'Hôpital d'Ottawa a réalisé une réduction de 80 % des réadmissions dans les 30 jours pour les 60 patients inscrits jusqu'à présent. L'Hôpital Joseph Brant a réalisé une réduction de 100 % des réadmissions dans les 30 jours pour les 17 patients inscrits jusqu'à présent. D'autres résultats d'évaluation provenant des sept équipes ontariennes seront disponibles d'ici octobre 2015.

Le projet collaboratif peut donner de précieuses leçons grâce à l'application des mesures de PFQ et, par la même occasion, permettre de recueillir des données de suivi dans d'autres domaines importants de la qualité, de manière à mieux évaluer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles aux prises avec un stade avancé de MPOC.

4130

Mise en œuvre d'une procédure de cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive

Chaitali Desai, Laurie Fowler, Genny Ng, Catherine Convery et Garshia Ferdinand-Flament  
Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto, Ontario

### Contexte

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis sur pied les procédures fondées sur la qualité (PFQ) en vue de réduire les variations dans la pratique et d'améliorer la qualité des soins en favorisant

l'uniformité par la mise en place de lignes directrices fondées sur des données probantes. Un cheminement clinique pour l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) a été élaboré en mars 2014 et mis en œuvre en juillet 2014 dans une unité de 36 lits pour patients cardiaques hospitalisés. Six mois après sa mise en œuvre, il a été déterminé que ce cheminement clinique était sous-utilisé et peu conforme.

#### Objectifs

L'objectif de cette initiative est de repérer les entraves à la mise en œuvre de la procédure de cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive.

#### Paramètres de mesure

Des sondages auprès du personnel ont été effectués dans le cadre d'une évaluation du projet. L'incidence de la mise en œuvre de la procédure de cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive constitue la principale mesure de résultat de cette initiative.

#### Concepts de changement

En juin 2014, le concept des PFQ et du cheminement clinique pour l'ICC a été proposé à une équipe interprofessionnelle d'une unité de soins cardiaques de 36 lits. En juillet 2014, un cheminement clinique était mis en œuvre. Six mois après la mise en œuvre, un sondage a été effectué auprès du personnel et une séance de groupe de travail sur l'amélioration de la qualité a eu lieu dans le but de détecter les entraves à la mise en place et à l'utilisation du cheminement clinique.

Une fois les commentaires du groupe de travail recueillis, on a tenté d'améliorer l'engagement interprofessionnel et les communications en déplaçant le cheminement et en assignant au chef d'équipe/à l'infirmière ou à l'infirmier responsable le rôle d'intermédiaire entre les membres de l'équipe.

Les changements au cheminement clinique et au processus initiaux ont été introduits et mis en œuvre dans l'unité en avril 2015. Deux mois après la mise en œuvre, le personnel a, une fois de plus, été sondé pour déterminer l'efficacité des changements.

#### Résultats et leçons retenues

Les résultats du sondage démontrent une augmentation de la prise de conscience de la procédure du cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive au sein de l'équipe interprofessionnelle. Plus précisément, 67 % des médecins et des IP ayant répondu au sondage avaient une bonne connaissance du cheminement clinique après sa mise en œuvre, contre 0 % avant sa mise en œuvre. La majorité (78 %) des IA ayant répondu au sondage après la mise en œuvre ont indiqué que les changements apportés à la procédure du cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive ont amélioré leur capacité à le réaliser.

Des améliorations supplémentaires à la visibilité de la procédure du cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive doivent être apportées afin de favoriser son utilisation/sa réalisation et l'engagement interprofessionnel. Cette initiative de changement met l'accent sur l'importance d'avoir un mécanisme en place pour comparer les pratiques actuelles aux pratiques recommandées au sein des unités, par exemple, la vérification de la conformité et de l'utilisation des outils de la procédure du cheminement clinique axée sur la qualité pour l'insuffisance cardiaque congestive. Une vérification des dossiers est en cours dans le but de repérer les variations dans les pratiques de prise en charge de l'ICC et d'utilisation du cheminement clinique de l'ICC au sein du programme de l'école Schulich et du programme général de médecine pour réduire les variations dans la prise en charge de l'ICC. Grâce à la vérification des dossiers et à l'engagement du personnel, il sera possible de raffiner le cheminement clinique au fil du temps pour s'assurer qu'on utilise des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Les succès et les défis liés à la mise en œuvre du cheminement clinique pour l'ICC au sein des unités de soins cardiaques aideront à orienter la mise en œuvre future des PFQ.

4264

Adopter la technologie pour améliorer la qualité des soins de santé

Stephanie Kersta<sup>1</sup>, Greg Armstrong<sup>1</sup>, Doug Kavanagh<sup>2</sup> et Stephen Graper<sup>2</sup>

1. Maillon santé de Couchiching, Orillia, Ontario; 2. CognisantMD, Toronto, Ontario

#### Contexte

Le programme de dépistage sur tablette de la MPOC de l'Équipe de santé familiale de Couchiching est conçu pour mobiliser les patients et optimiser la prise en charge de la population atteinte de MPOC pour assurer une meilleure prévention, une meilleure éducation et un meilleur traitement.

Le programme, qui repose sur une équipe interfonctionnelle multidisciplinaire et une plateforme technologique centrée sur le patient, a rapidement enrichi le registre tenu par l'Équipe de santé familiale de Couchiching relativement à la population atteinte de MPOC, améliorant du même coup l'accès aux soins pour les patients à risques. Parallèlement, il permet de mobiliser les patients d'une façon positive et significative tout en constituant un nouveau moyen de dépistage et d'éducation économique.

Grâce à une plateforme clinique en nuage, l'Équipe de santé familiale de Couchiching est maintenant en mesure d'utiliser la technologie à base de règles pour recueillir des renseignements sur le statut de fumeur, promouvoir les programmes d'abandon du tabagisme, s'informer sur le désir du patient de cesser de fumer et lui administrer le Test canadien de santé pulmonaire – un outil de dépistage – et l'échelle de dyspnée du Conseil de recherches médicales. Adresse courriel et consentement à recevoir des communications par courriel sont aussi recueillis. Toutes ces données sont fournies par le patient lui-même, en l'espace de quelques minutes, et immédiatement intégrées aux dossiers médicaux électroniques. Cette saisie de données normalisée peut être utilisée pour cerner les besoins du patient, affecter les ressources internes (c.-à-d. aiguillage vers des programmes, spirométrie, facturation associée à l'abandon du tabagisme...) et communiquer de façon interfonctionnelle, par des notes cliniques personnalisées.

### Objectifs

Consciente du nombre important de personnes vivant avec la MPOC à Orillia et dans la région et reconnaissant la pression résultante sur l'hôpital communautaire, l'Équipe de santé familiale de Couchiching a cherché à trouver une stratégie pour améliorer le dépistage chez sa population afin d'atteindre des objectifs en matière de prévention et de prise en charge. Il fallait une manière novatrice de mobiliser les patients et de recueillir efficacement des observations cliniques clés sur la MPOC qui pourraient être mises à profit dans le DME. L'équipe a aussi reconnu la nécessité d'une équipe coordonnée en interne, ce qui permettrait de tirer parti de partenariats stratégiques et d'adopter de nouvelles technologies destinées à assurer la réussite.

### Paramètres de mesure

Bien qu'il soit encore tôt, les jalons ont été atteints rapidement, se traduisant par la capacité à dépister le tabagisme et la MPOC chez plus de 16 000 patients. Les principales observations et principaux processus ont été les suivants :

- création d'une équipe interfonctionnelle multidisciplinaire comprenant, aux fins de coordination, du personnel de réception;
- soutien des médecins généralistes à l'égard des efforts déployés pour faire progresser l'initiative d'AQ;
- communication à l'échelle de l'ESF;
- mobilisation de chargés de programme et de gestionnaires des TI de l'ESF aux fins d'optimisation des processus;
- établissement de partenariats stratégiques pour faire progresser l'initiative d'AQ;
- schématisation d'un processus de dépistage de la MPOC à base de règles fondé sur des données probantes;
- mise en œuvre d'une plateforme clinique en nuage sur tablette pour la collecte de données avec intégration directe au DME.

### Concepts de changement

En accédant aux données générées par les réponses d'un patient dans le DME, le personnel clinique peut déterminer clairement quels sont les besoins de ce patient, coordonner les soins, affecter des ressources (c.-à-d. aiguillage vers des programmes, spirométrie, facturation) et communiquer avec des partenaires dans l'ensemble du système de santé au moyen de notes cliniques personnalisées.

En huit semaines à peine, 4 836 formulaires ont été remplis dans le cadre de cette initiative de dépistage de la MPOC, les patients ont répondu à 1274 questions sur leur statut de fumeur, et les résultats ont été automatiquement ajoutés à leur dossier. Les patients qui avaient fait état d'antécédents de tabagisme se sont vu présenter le Test canadien de santé pulmonaire; 697 tests ont ainsi été effectués au cours de la même période. Ceux qui avaient obtenu un résultat positif au test se sont également vu administrer l'échelle de

dyspnée du Conseil de recherches médicales (240 ont rempli le document), et une spirométrie leur a été recommandée.

#### Résultats et leçons retenues

Grâce à cette méthode, plus de 5 % de la population de patients totale a fait l'objet d'un dépistage de la MPOC et du tabagisme en 30 jours à peine.

Il s'agit là d'une amélioration importante par rapport à l'ancien processus de dépistage papier de la MPOC, dans le cadre duquel le niveau de référence pour le dépistage s'établissait à 200 patients seulement. En moyenne, le processus de dépistage n'a pris que quatre minutes et demie. Plutôt que de perdre ce temps à ne rien faire dans la salle d'attente, le patient a pu contribuer activement à sa consultation et à son dossier. La rétroaction des patients a été excessivement positive, nombre d'entre eux affirmant qu'ils n'auraient jamais abordé l'abandon du tabagisme avec leur fournisseur, mais se sentaient néanmoins à l'aise d'entrer l'information sur la tablette pour ensuite en parler avec lui. Ils se sont dits épatés par le fait qu'eux-mêmes avaient entré cette information et que leur fournisseur l'avait non seulement examiné avec eux, mais avait aussi discuté avec eux des prochaines étapes et des programmes qui pourraient les intéresser à la lumière de cette information.

4080

Définir des paramètres de mesure des résultats pertinents en matière de soins primaires : Créer un tableau de bord des soins primaires du CSC

Jennifer Rayner<sup>1,2,3</sup>

1. Centres de santé communautaire de l'Ontario, London, Ontario; 2. Université Western Ontario, London, Ontario; 3. Université Ryerson, Toronto, Ontario

#### Contexte

De nombreux indicateurs de soins primaires ont récemment été créés et hiérarchisés, ce qui a mené à une abondance d'indicateurs de ce genre.

Les centres de santé communautaire (CSC) ont mis sur pied un groupe consultatif clinique réunissant des médecins, des infirmiers praticiens, des infirmiers, des diététiciens et des chefs cliniques. Les membres du groupe ont tenté de hiérarchiser les indicateurs en recourant à un processus Delphi modifié pour créer un sous-ensemble de mesures reflétant les pratiques/priorités à l'échelle des CSC qui étaient importantes pour eux. Un tableau de bord des soins primaires est actuellement en voie d'élaboration pour mesurer, surveiller et comparer les progrès des CSC (comparativement aux autres CSC et à leurs pairs) dans le but ultime de garantir et de maintenir des soins de qualité élevée.

#### Objectifs

Démontrer comment les fournisseurs des CSC ont sélectionné et hiérarchisé un sous-ensemble d'indicateurs du Cadre de mesure du rendement des soins primaires et s'emploient à créer un tableau de bord pour améliorer les soins et accroître la prise de décisions fondée sur des données probantes. Nous appliquons à ces rapports un ensemble de groupes de pairs, afin que les CSC puissent se comparer aux CSC voisins et à des CSC similaires, ce qui encouragera la mise en commun des apprentissages et l'amélioration.

#### Paramètres de mesure

Des données seront extraites de sondages auprès des patients, des dossiers médicaux électroniques et de données administratives en vue de dégager des orientations pour le tableau de bord des soins primaires du CSC.

#### Concepts de changement

Bien que les fournisseurs des CSC utilisent des mesures du rendement depuis de nombreuses années déjà, cette initiative leur a permis de sélectionner les mesures les plus significatives pour eux. Cela facilitera l'accès à des données exploitables et renforcera l'échange de connaissances et l'amélioration de la qualité.

#### Résultats et leçons retenues

Les fournisseurs et l'administration avaient des exigences différentes, mais d'importance égale – nous avons créé différents aperçus des données, en fonction du public visé.

4366

Identification des patients qui délirent : Le dépistage n'est pas suffisant

Deborah Brown-Farrell<sup>1,2</sup>, Jocelyn Denomme<sup>1,2</sup>, Beth O'Leary<sup>1</sup>, Jesika Contreras<sup>1</sup>, Stewart Watt<sup>1,3</sup>, Barbara Liu<sup>1,2</sup>,

Tracey Kitchen-Clark<sup>1</sup> et Nadia Abdel-Hafez<sup>1</sup>

1. Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto, Ontario; 2. Université de Toronto, Toronto, Ontario; 3. Schulich School of Business, Toronto, Ontario

### Contexte

Le délire est un événement grave associé à une morbidité et à une mortalité importantes, son taux d'incidence pouvant atteindre 50 à 80 %. L'apparition du délire déclenche souvent une cascade d'événements se soldant par la perte de l'autonomie, le déclin fonctionnel, un risque accru de chute, des séjours prolongés à l'hôpital et l'institutionnalisation. Dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité prioritaire pour l'hôpital, l'objectif est d'accroître, sur trois ans, la détection du délire, en mettant l'accent sur les interventions destinées à l'atténuer et à en réduire le taux d'incidence.

Pour atteindre cet objectif, une vaste et complexe initiative est en cours, au Centre Sunnybrook des sciences de la santé, depuis l'été 2014, aux fins de soutien au dépistage, à la prévention et à la prise en charge du délire. La méthode d'évaluation de la confusion (CAM) et l'évaluation cognitive complémentaire ont été mises en œuvre dans six unités de soins aux patients et devraient être adoptées dans cinq autres unités et deux établissements. En dépit d'une excellente adhésion au dépistage par la CAM deux fois par jour, il s'est avéré difficile, dans les différentes unités de soins, de poser un diagnostic positif chez les patients au moyen de cette méthode. Une méthode d'analyse des dossiers médicaux validée est en place depuis l'été 2014 et procure des données et un contexte importants pour ce travail.

### Objectifs

Un financement du Senior Friendly Hospital (SFH) ACTION Program par le Regional Geriatric Program of Toronto a permis de se concentrer sur cette priorité au sein de l'une des unités du Centre Sunnybrook des sciences de la santé. Les travaux ont pour objectif de porter à 75 % en six mois l'exactitude du dépistage par la CAM, au moyen d'une démarche d'équipe interprofessionnelle intégrée à une méthodologie d'amélioration de la qualité.

Il s'agit de travaux ciblés dans le cadre desquels une équipe recourt à une méthodologie d'amélioration de cycle rapide pour déterminer la voie à suivre afin de détecter le délire de manière fiable. Ces travaux guideront la mise en œuvre future au sein de différentes unités du Centre Sunnybrook et, en définitive, notre indicateur de plan d'amélioration de la qualité pour la deuxième année.

### Paramètres de mesure

Le principal paramètre de mesure des résultats est le pourcentage de concordance entre les résultats de la CAM et l'analyse des dossiers médicaux (voir les figures 1, 2 et 3). L'objectif, d'ici le 31 décembre 2015, est d'atteindre une concordance de 75 % entre les facteurs d'identification du délire figurant au dossier et la détection par le personnel au moyen de la CAM, les données signalant une amélioration durable.

Les paramètres de mesure des processus comprennent le dépistage du délire deux fois par jour au moyen de la CAM et la mise en œuvre d'interventions visant à le prévenir et à l'atténuer (voir la figure 4), la planification interprofessionnelle des soins et l'examen interprofessionnel des cas de délire, de même qu'une consignation cohérente au dossier médical du patient.

Les paramètres de mesure visant à assurer l'équilibre comprennent le taux de recours à un observateur, le taux de recours à la contention et le type de contention, ainsi que les patients admis atteints de délire.

Concepts de changement

Le recours à une démarche d'analyse des causes fondamentales indique qu'une connaissance déficiente de l'état de référence des patients, une communication difficile entre les membres de l'équipe interprofessionnelle, une tendance à percevoir le dépistage par la CAM comme une détermination ponctuelle et des complications avec les barrières linguistiques et déficits neurologiques primaires représentent autant de facteurs susceptibles d'influer sur l'exactitude. Le personnel a signalé que les caractéristiques cliniques de la démence et de la dépression pouvaient aussi évoquer le délire, rendant plus difficile encore un diagnostic exact. Cette observation s'inscrit dans le même sens que la documentation publiée, en vertu de laquelle les facteurs de risque suivants tendraient à être mal reconnus : délire hypoactif, âge égal ou supérieur à 80 ans, déficience visuelle, présence de démence.

Parmi les concepts de changement figuraient notamment des façons d'accroître la sensibilisation à l'état fonctionnel de référence, d'améliorer les occasions de dialogue interprofessionnel, d'intégrer un dialogue sur le délire dans les activités de planification des soins et d'inclure le délire dans la documentation. Ces travaux sont et demeureront étayés par la participation de membres du personnel de première ligne en tant que champions sensibles aux besoins des personnes âgées et celle d'autres experts en la matière et leaders locaux. Les vérifications et la rétroaction hebdomadaires au personnel débiteront en août. La participation des patients et familles se fera plus explicite à compter de septembre.

### Résultats et leçons retenues

Dans les données recueillies par analyse des dossiers médicaux sur une période de dix mois au sein de trois unités de soins aux patients, la médiane de capture positive par la CAM est de 36 % (voir la figure 2). Pour notre unité d'intérêt, la nouvelle médiane pour les mois de mai et juin (deux premiers mois du SHF ACTION Program) est 55,56 % (voir la figure 3). Même si l'unité a enregistré une succession de résultats plus élevés à la fin de mai et pendant les trois premières semaines de juin, l'exactitude a décliné en juillet. Ces données fournissent une plateforme à partir de laquelle travailler avec le personnel pour parvenir – sur le plan des données – à un changement d'envergure témoignant de l'amélioration des processus d'ici la fin de l'automne 2015.

L'apprentissage et les stratégies que nous mettrons en place au sein de l'unité sur laquelle nous concentrons nos efforts se propageront à d'autres secteurs et sites de mise en œuvre. Le Centre Sunnybrook des sciences de la santé dispose par ailleurs d'une stratégie de soins (voir la figure 5) et d'un groupe d'intervenants sensibles aux besoins des personnes âgées très déterminés, qui permettront de poursuivre l'expansion des bons soins. Un apprentissage important en ce qui a trait au délire est la nécessité de valider, au-delà de l'évaluation, les diagnostics cliniques complexes, par exemple, pour ce qui est de déterminer l'état d'un patient en matière de délire. Se fier aux indicateurs d'évaluation ne suffit pas.

4294

Du papier à l'électronique : Créer des soins de santé axés sur les patients pour les personnes âgées en plaçant les données de santé à portée de main des fournisseurs et des patients

Sue Bhella<sup>1</sup>, Helen Brenner<sup>2</sup> et Sarah Sharpe<sup>1</sup>

1. QoC Health, Toronto, Ontario; 2. Hôpital de Northumberland Hills, Cobourg, Ontario

### Contexte

Les données sur la santé ont le pouvoir de transformer les soins de santé au niveau des contacts des patients avec l'ensemble du système. Cependant, au Canada et dans les pays comparables, la démarche qui a été adoptée à l'égard des données sur la santé a été d'en limiter l'accès pour les patients par crainte d'être mêlé à des préoccupations touchant le respect de la vie privée, la sécurité, la propriété et l'éthique. Les progrès technologiques, le délaissement des soins paternalistes pour des soins axés sur le patient et la loi à l'appui (c.-à-d., la *Loi de 2000 sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*) ont entraîné un changement dans la façon dont nous partageons les données.

Le fait de rendre les données sur la santé accessibles aux fournisseurs et aux patients peut avoir des répercussions importantes sur l'amélioration de la qualité des soins, notamment en améliorant la relation entre le patient et le fournisseur ainsi que la sensibilisation, la participation et la responsabilisation des patients, en offrant des soins axés sur les patients et en améliorant l'efficacité du système de santé grâce à la réduction du nombre de visites et d'admissions et, finalement, des coûts des soins de santé.

### Objectifs

Cette présentation décrira les répercussions sur la qualité des soins que l'on obtient en plaçant les données de santé à portée de main des patients âgés souffrant d'affections chroniques et de multiples groupes de fournisseurs grâce au projet PATH (Partners Advancing Transitions in Healthcare) du comté de Northumberland, en Ontario.

### Paramètres de mesure

Nous cherchons à illustrer par des résultats qualitatifs et quantitatifs la façon dont le partage des données sur la santé entre les patients et les fournisseurs peut améliorer la qualité des soins en :

- améliorant la relation entre le patient et le fournisseur;
- favorisant la prestation de soins axés sur les patients;
- favorisant la participation et l'habilitation des patients;
- répondant davantage aux besoins des patients;
- améliorant la prise en charge des affections;
- améliorant l'exactitude pendant la communication des renseignements;
- améliorant l'efficacité du système de santé.

### Concepts de changement

Le projet révolutionnaire PATH est un partenariat communautaire de patients âgés, de personnes soignantes et de fournisseurs de soins de santé intersectoriels qui travaillent en collaboration dans le but d'apporter dans l'ensemble du système des changements qui répondront aux besoins des personnes âgées souffrant d'affections chroniques, en plus d'améliorer leur expérience, pendant leur cheminement dans le système de soins de santé. Le programme PATH met à profit une démarche de collaboration fondée sur l'expérience et plaçant les patients à l'avant-plan de la conception de solutions novatrices, et a mis au point le portail « PATHway to Aging Well » à l'intention des patients et des fournisseurs (<https://pathwaytoagingwell.com>), jumelé à une application mobile pour les patients offerte sur les plateformes Android et iOS. Ces solutions électroniques intuitives permettent aux personnes âgées, aux personnes soignantes et aux fournisseurs d'entrer en relation au moyen d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un appareil mobile afin de partager des données personnelles sur la santé et des renseignements. Ce qui est encore plus remarquable, c'est que les solutions électroniques du projet PATH offrent la possibilité d'intégrer des données provenant des soins primaires (DME des équipes de santé familiale), des soins actifs (Meditech) et des résultats déclarés par les patients à partir de leur domicile. Ces intégrations permettent aux patients d'être « propriétaires » des données sur leur santé et d'y avoir accès, en plus de communiquer les renseignements pendant leurs transitions au sein du système de soins de santé.

### Résultats et leçons retenues

Pendant trois ans, PATH a créé des partenariats communautaires positifs qui ont inspiré la conception, l'élaboration et l'intégration des solutions en santé qui s'avéraient nécessaires pour favoriser la transformation dans l'ensemble de la collectivité. Jusqu'à maintenant, plus de 125 fournisseurs et 100 patients se sont inscrits au programme PATH. Ce dernier permet aux patients et aux fournisseurs d'envoyer et de recevoir des données sur la santé d'une façon qui peut révolutionner l'exercice de la médecine en Ontario.

La démarche d'évaluation adoptée par PATH était constituée de méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) mettant l'accent sur l'expérience. Les points de vue des patients sont au cœur de la sélection des mesures d'évaluation, la production de rapports et la rétroaction se font en temps réel, et les paramètres de mesure sont dynamiques (c.-à-d. que les questions et les options de réponses varient en fonction de la rétroaction des patients). Bien que des évaluations soient en cours, la rétroaction préliminaire des personnes âgées participant au projet pilote s'est avérée positive et les solutions mises en œuvre ont été bien accueillies.

Les personnes âgées ont déclaré avoir l'impression de participer davantage à leurs soins, d'être mieux soutenues pour prendre elles-mêmes en charge leurs affections, de mieux contrôler les renseignements sur leur santé et d'être habilitées à exiger des soins. De plus, grâce aux outils technologiques de PATH, de nombreuses personnes âgées ont vécu une réduction du nombre de consultations à un cabinet de médecin et de réadmissions à l'hôpital. De même, les fournisseurs ont vanté les mérites des solutions électroniques de PATH, qui leur permettent de relier les renseignements les uns avec les autres, de passer en revue les renseignements déclarés par les patients et de surveiller efficacement les patients dans le continuum de soins. Dans notre présentation, nous décrivons les résultats obtenus à l'égard des paramètres de mesure de l'expérience des patients et des fournisseurs, de la participation des patients aux soins et des indicateurs de l'efficacité des soins de santé.

4096

Tableau de bord du chirurgien relatif à l'accès aux soins : Solution pour les rapports à l'échelon du fournisseur de soins

Claudia Zanchetta et Ryan Wood  
Action Cancer Ontario, Toronto, Ontario

### Contexte

Le Programme d'accès aux soins d'ACO utilise des données sur le rendement en matière de temps d'attente pour les interventions chirurgicales et les imageries diagnostiques au niveau de la province, des régions et des établissements, dans le but d'améliorer l'accès aux soins pour les patients en Ontario. Divers intervenants en soins de santé utilisent ces données pour créer des rapports, des outils et des services visant à améliorer la qualité des soins en les rendant plus accessibles. Le fait de donner accès aux bons renseignements, aux bonnes personnes et au bon moment contribue à améliorer les soins aux patients. Les chirurgiens de l'Ontario, qui sont plus de 3 000, jouent un rôle essentiel dans la transformation des données sur les temps d'attente en améliorations mesurables de l'accès aux soins. Cependant, les chirurgiens de la province n'ont pas accès de façon uniforme aux données détaillées sur les temps d'attente.

### Objectifs

Les hôpitaux et les cliniciens ont cerné une lacune dans la déclaration des données sur les temps d'attente aux chirurgiens directement. Cependant, compte tenu des complexités liées aux mécanismes de prestation et aux considérations relatives au respect de la vie privée, la déclaration des temps d'attente au niveau des fournisseurs n'a jamais été entreprise à l'échelle provinciale. En 2013, dans le cadre du Programme d'accès aux soins, un petit groupe de chirurgiens de l'Ontario a fait l'essai d'un tableau de bord du chirurgien dans le but de mettre en place et d'orienter une solution provinciale. Le projet pilote visait à fournir des données sur les temps d'attente aux chirurgiens directement, leur permettant ainsi de mieux comprendre leurs temps d'attente pour les opérations chirurgicales, en plus de valider la qualité des données au niveau des chirurgiens et de les responsabiliser pour qu'ils revoient leur pratique d'évaluation des priorités. En 2014, un deuxième projet pilote a été lancé auprès d'un plus grand groupe afin de déterminer la possibilité de reproduire les résultats obtenus précédemment.

### Paramètres de mesure

Les données sur les temps d'attente pour les chirurgiens participants ont été surveillées tout au long du projet pilote, tout comme la confiance des chirurgiens envers la qualité des données et la fréquence à laquelle ils examinaient leurs données sur les temps d'attente. La médiane, le 90<sup>e</sup> percentile et le pourcentage d'interventions chirurgicales réalisées à l'intérieur des cibles d'accès prioritaires pour les consultations auprès de spécialistes et les traitements chirurgicaux ont été mesurés avant le projet pilote, puis à mi-chemin afin d'évaluer les répercussions. De plus, la longueur des listes d'attente pour le groupe collectif de chirurgiens a été suivie de près puisque des listes d'attente moins longues correspondent souvent à une réduction des temps d'attente dans l'avenir.

### Concepts de changement

Le Programme d'accès aux soins a déterminé qu'un certain nombre de données et de solutions logistiques étaient requises avant la mise en œuvre du projet à l'échelle provinciale. Une nouvelle technologie s'avérait nécessaire pour faire passer les rapports et la distribution d'un petit groupe pilote à plus de 3 200 chirurgiens. Il fallait une expertise dans les lois sur la protection des renseignements personnels pour assurer que la solution était viable en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

### Résultats et leçons retenues

Les résultats ont été remarquables selon les données qui ont été fournies par les hôpitaux au Système d'information sur les temps d'attente (SITO). L'ensemble des chirurgiens participants ont réussi à réduire la longueur des listes d'attente de 13 % et les temps d'attente de 20 %. Le deuxième projet pilote a mené à la mise en œuvre du projet auprès de plus de 3 000 chirurgiens qui s'effectue actuellement à l'échelle provinciale. On peut réussir à améliorer davantage les temps d'attente en Ontario en fournissant tout simplement aux chirurgiens leurs propres données d'une manière significative et pertinente sur le plan clinique. Cela a permis aux chirurgiens d'être davantage conscients des données qu'ils soumettaient, eux-mêmes ainsi que leurs pairs, les aidant à se conformer aux cibles provinciales en matière d'accès et à valider la qualité des données au niveau de l'exercice de la profession.

4247

Soutenir la qualité des soins à domicile

Cheryl Reid-Haughian<sup>1</sup>, Peggy White<sup>2</sup> et Lianne Jeffs<sup>3</sup>

1. ParaMed Home Health Care, Kanata, Ontario; 2. ICES, Toronto, Ontario; 3. Université de Toronto, Toronto, Ontario

### Contexte

L'application de pratiques fondées sur des données probantes dans la collectivité constitue un défi puisque les infirmières et infirmiers communautaires sont confrontés à des charges de travail élevées, travaillent seuls dans bien des cas et n'ont pas accès en temps opportun et de façon uniforme à des renseignements à jour et pertinents qui orientent l'exercice de la profession. À mesure que la prestation des soins en Ontario passe des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée à la prestation de soins de santé à domicile, il faut s'assurer que les infirmières et infirmiers et les autres fournisseurs de soins à domicile ont accès aux ressources nécessaires pour favoriser des soins aux patients de qualité.

### Objectifs

Cette étude avait pour but d'évaluer la mise en œuvre d'un système d'information clinique (SIC) automatisé dans un contexte de soins communautaires à domicile, la satisfaction et l'expérience des infirmières et infirmiers à l'égard du SIC, ainsi que les répercussions du SIC sur les pratiques fondées sur des données probantes et les perceptions des clients à l'égard de l'utilisation de la technologie par le personnel infirmier. Les infirmières et infirmiers ont utilisé les paramètres de mesure des résultats élaborés par le programme HOBIC (Health Outcomes for Better Information and Care) pour documenter les résultats des patients.

### Paramètres de mesure

Une conception de méthodes longitudinales mixtes a été utilisée. Une méthodologie descriptive qualitative comprenant des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion a été utilisée pour établir une compréhension contextuelle des obstacles à l'adoption du SIC automatisé et des facteurs qui y contribuent, ainsi que pour déterminer l'influence sur les décisions cliniques des outils d'évaluation et des données probantes tirées des pratiques exemplaires. Des sondages ont été utilisés pour recueillir des données quantitatives sur la satisfaction des infirmières et infirmiers à l'égard du SIC automatisé, de la modification des pratiques fondées sur des données probantes et des changements apportés au contexte organisationnel au fil du temps. Les clients ont été interrogés sur leurs perceptions à l'égard de l'utilisation de la technologie par le personnel infirmier à leur domicile.

## Concepts de changement

Le SIC permet aux infirmières et infirmiers à domicile de documenter au moyen d'un appareil BlackBerry les évaluations au moment de l'admission, les évaluations au moment du congé et les réévaluations des clients lorsqu'un changement clinique survient. Les évaluations normalisées de la santé fonctionnelle, des symptômes (douleur, dyspnée, fatigue, nausées), des plaies de pression, des chutes et de l'autoprise en charge thérapeutique (connaissance des patients à l'égard de leur état de santé, des ressources mises à leur disposition et de leur capacité à gérer leurs médicaments et leurs traitements) des patients sont recueillies par voie électronique au point de service. Les infirmières et infirmiers utilisent des rapports en temps réel pour surveiller les répercussions des soins et s'assurer, par exemple, que les symptômes sont pris en charge. Les infirmières et infirmiers peuvent accéder à des ressources fondées sur des données probantes, comme les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et la bibliothèque NURSING+ de l'Université McMaster, qui leur donnent accès à une base de données consultable des meilleures données probantes de la documentation médicale, à un système d'alerte par courriel et à des liens vers certaines ressources fondées sur des données probantes.

Puisque les infirmières et infirmiers apprennent par la pratique, de multiples stratégies d'apprentissage se sont avérées nécessaires pour soutenir le SIC ainsi que l'utilisation de données probantes à l'appui de l'exercice de la profession. Pour ce faire, plusieurs méthodes ont été utilisées, notamment des téléconférences, un encadrement individuel, des conseils cliniques électroniques, un manuel électronique, l'intégration à l'orientation pour les nouveaux employés et des réunions de l'équipe de soins infirmiers qui mettaient l'accent sur la façon d'utiliser les données pour façonner l'exercice de la profession. Le personnel a reçu un soutien continu à l'échelle locale et organisationnelle.

## Résultats et leçons retenues

Les infirmières et infirmiers qui anticipaient l'importance de la planification du temps dans le milieu clinique pour ce qui est de présenter l'appareil aux clients et de régler les problèmes éventuels ont exprimé des sentiments plus positifs à l'égard de l'utilisation de l'appareil. La satisfaction au travail et la considération positive des infirmières et infirmiers à l'égard de l'employeur et de la vocation d'infirmière ou infirmier communautaire sont ressortis comme un thème important en ce qui a trait à la volonté d'adapter l'exercice clinique pour la mise en œuvre de l'appareil. Le leadership, une culture de soutien et la possibilité de rétroaction ont été des éléments essentiels qui ont favorisé la mise en œuvre du SIC (tableau 1).

L'organisme a déclaré une amélioration dans les indicateurs de qualité (tableau 2). Les clients ont indiqué qu'ils ont eu l'impression que l'utilisation des appareils mobiles a permis au personnel infirmier de mieux prendre en charge leur problème de santé et d'avoir une meilleure vision de leur état de santé général (tableau 3).

On croit généralement que la mise en œuvre d'un système de dossiers médicaux électroniques (SIC) améliore la qualité des soins aux patients en rendant les renseignements sur les soins de santé des clients plus accessibles et en assurant la mise en œuvre uniforme des normes fondées sur des données probantes. Bien que les conclusions de ces travaux aient indiqué une amélioration importante de l'accès des infirmières et infirmiers aux ressources structurelles et électroniques à l'appui des pratiques fondées sur des données probantes, on a observé une diminution de l'accès entre le temps 1 et le temps 2. Cela peut être attribuable au fait que des attentes avaient été soulevées au moment de la mise en œuvre du SIC et lorsque le suivi a été effectué, la mise en œuvre était encore au stade embryonnaire et les attentes n'avaient pas encore été satisfaites.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un SIC dans un établissement s'avèrent un processus complexe. Le leadership dans les soins infirmiers est essentiel à n'importe quelle initiative de changement, tout comme l'engagement de la direction à mobiliser et à soutenir le personnel. À mesure que le passage aux soins communautaires se poursuit, il est essentiel que les infirmières et infirmiers et les autres cliniciens dans ce secteur aient accès à des renseignements et à des données probantes pour soutenir l'exercice de la profession. Les conclusions de cette étude fournissent des leçons importantes pour le système de soins de santé.

4344

Réduction du syndrome d'abstinence néonatale : Intégration de la substitution des opioïdes et du sevrage progressif aux soins prénataux

Heather Lee, Brad Lance, Joseph Dooley, Irwin Antone, Lianne Gerber-Finn, John Guilfoyle, Len Kelly et Iris Wujanz

Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout, Ontario

#### Contexte

Le programme de services intégrés pour la grossesse du Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout offre des services aux personnes de Sioux Lookout et à trente-deux collectivités des Premières Nations du Nord-Ouest de l'Ontario. Le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout offre un programme d'obstétrique solide et enregistre environ 500 naissances chaque année. Puisque le Nord-Ouest de l'Ontario est une région géographique retirée et étendue, les peuples des Premières Nations qui y habitent vivent des iniquités en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, notamment un accès limité aux services de soutien et aux soins de santé. On dénote une incidence élevée d'abus de stupéfiants au sein de cette population, y compris chez les femmes enceintes. Aux prises avec un problème de dépendances bien réel, les médecins et le personnel du programme de services intégrés pour la grossesse ont adopté une solution novatrice en vue d'améliorer les résultats néonataux et d'offrir des ressources de soutien à la mère et à son conjoint.

#### Objectifs

L'intégration de la substitution des opioïdes et du sevrage progressif aux soins prénataux vise à gérer la consommation de stupéfiants pendant la grossesse et à réduire les incidences du syndrome d'abstinence néonatale chez les nouveau-nés dont les mères souffrent de dépendances.

#### Paramètres de mesure

Une étude menée en collaboration avec le service de la recherche du Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout a évalué la gestion de l'utilisation de stupéfiants, les incidences du syndrome d'abstinence néonatale et les résultats chez les mères et les nourrissons. Cette étude est incluse dans la section de référence.

#### Concepts de changement

La démarche du programme se fonde sur la philosophie de réduction des méfaits et son objectif est de réduire l'incidence du syndrome d'abstinence néonatale (SAN) et de soutenir les femmes souffrant de dépendances au sein même de leur cellule familiale. Depuis la création du programme en 2012, l'incidence du syndrome d'abstinence néonatale a considérablement diminué, malgré la hausse de l'utilisation de stupéfiants chez les mères. La conception du programme dans son ensemble a été améliorée grâce à un modèle interprofessionnel mettant de l'avant une approche holistique des soins prénataux, laquelle comprend des ressources de soutien pour les familles, notamment des conseils sur la nutrition et les dépendances, les compétences parentales, des crédits d'impôt pour les études et l'accès à des méthodes et des cérémonies traditionnelles sur place.

#### Résultats et leçons retenues

L'incidence du syndrome d'abstinence néonatale a connu une baisse significative au Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout depuis le lancement du programme de substitution des opioïdes et sevrage progressif aux soins prénataux. Étant donné les ressources limitées à la disposition des collectivités des Premières Nations pour le soutien aux dépendances, le modèle du programme de services intégrés pour la grossesse s'avère très utile chez les mères souffrant de dépendance aux opioïdes. Les effets de ce programme seraient encore plus importants si l'on créait des programmes visant à soutenir les familles touchées après l'accouchement.

4368

## Services de santé aux travailleurs agricoles saisonniers : Améliorer l'équité en matière de santé pour une population marginalisée

Stefanie C. Ralph, Tricia J. Gutierrez et Peter S. Szota  
Centre de santé communautaire Grand River, Brantford, Ontario

### Contexte

Le RLISS de HNHB comprend la concentration de travailleurs agricoles saisonniers la plus élevée parmi les RLISS de l'Ontario. Les comtés de Haldimand et de Norfolk, à eux seuls, comptent 4 800 travailleurs (2014). Les travailleurs agricoles saisonniers de l'Ontario sont couverts par des programmes gouvernementaux, paient des impôts et sont admissibles à la prestation de soins de santé. Pour accéder aux soins de santé, ces travailleurs doivent surmonter de nombreux obstacles dont : la langue, la culture, le transport, les longues heures de travail, les déplacements fréquents et les contraintes, réelles ou perçues, imposées par leurs employeurs. Avant le printemps 2014, la majorité des travailleurs agricoles saisonniers de la région de Haldimand et de Norfolk n'avaient pas accès aux soins primaires et devaient se contenter de services limités (service des urgences).

### Objectifs

L'objectif du projet de services de santé pour les travailleurs agricoles saisonniers était de régler les problèmes d'accès aux soins de santé primaires grâce à la mise sur pied d'une clinique de soins de santé primaires en mai 2014 visant à servir au moins 120 personnes en plus de 250 visites. L'initiative, fondée sur la qualité, était axée sur l'attention accordée au client, l'efficacité, l'efficacités et l'équité.

### Paramètres de mesure

Les paramètres de mesure des résultats choisis comprennent ce qui suit :

- Présentations cliniques
- Commentaires des clients
- Utilisation des SU

Les mesures de processus choisies comprennent ce qui suit :

- Nombre de personnes distinctes reçues, visites
- Nombre de visites
- Nombre de clients s'étant présentés, mais n'ayant pas obtenu de consultation
- Consultations entre les fournisseurs de soins (internes et externes)
- Nombre d'initiatives de promotion de la santé

### Concepts de changement

Cette initiative a permis d'offrir un service aux travailleurs agricoles saisonniers là où il n'en existait pas auparavant. La seule alternative était de se présenter au service des urgences ou de ne pas être soigné. Le modèle de services de soins primaires a été élaboré grâce à la collaboration de la population desservie et d'autres partenaires communautaires. Grâce à la compréhension de la population et de ses besoins, des cliniques disposant de services d'interprétation furent mises sur pied (une à Simcoe et une autre à Delhi) Les travailleurs disposent habituellement de trois heures par semaine au cours desquelles on les emmène en ville en autobus. L'emplacement de Simcoe se trouvait dans un espace pour soins primaires localisés dans une épicerie Loblaws, ce qui permettait aux travailleurs d'être soignés, de se procurer leurs médicaments d'ordonnance, de faire leurs courses et de réaliser leurs transactions bancaires. La présence d'une pharmacie sur place permettait également aux interprètes d'accompagner les travailleurs pour leur transmettre les directives sur la manière appropriée de prendre leurs médicaments.

La nature du travail exécuté par les travailleurs agricoles saisonniers constitue une indication du besoin de ressources et de soutien de soins de santé en milieu de travail. Des cliniques de santé au travail étaient également tenues chaque mois en collaboration avec le Centre de santé des travailleurs et travailleuses de l'Ontario. Il était alors possible de rencontrer du personnel médical et infirmier, et de se procurer de la documentation sur la prévention des blessures.

Des efforts furent également déployés pour sensibiliser les travailleurs à l'existence de ces cliniques et leur fournir des stratégies supplémentaires en santé. Les initiatives de promotion de la santé comprennent de la documentation en espagnol et en anglais, une participation à la foire de la santé des travailleurs agricoles saisonniers, et un partenariat avec le Frontier College sur l'amélioration de la littératie en santé.

#### Résultats et leçons retenues

C'est en 2014 qu'a eu lieu le lancement de ce service qui a donné lieu à 500 visites, au cours desquelles 350 clients distincts ont été reçus, ainsi qu'à un vaste éventail d'activités de promotion de la santé.

La totalité des clients étaient des hommes âgés entre 21 et 60 ans, et 51 % d'entre eux provenaient de pays hispanophones (habituellement le Mexique). Les cinq raisons principales pour les visites étaient les suivantes : inquiétudes liées au système musculosquelettique (23 %), problèmes gastro-intestinaux (11 %), éruptions cutanées (10 %), vérification de la tension artérielle et renouvellement d'ordonnance de médicaments (8 %), questions concernant les ITS (6 %).

Vingt-cinq travailleurs se sont présentés au service des urgences (cas ÉTG 4 ou 5) pendant les heures de clinique pendant l'ensemble de la saison 2014. On a émis l'hypothèse que ces 25 visites auraient été plus appropriées pour la clinique que pour le SU. Il aurait toutefois fallu revoir les dossiers concernés plus en détail pour confirmer ce fait.

On a demandé aux clients qui se sont présentés à la clinique à quel endroit ils auraient sollicité les soins si la clinique n'avait pas été disponible :

- 58 % d'entre eux ont affirmé qu'ils se seraient présentés au service des urgences.
- 22 % d'entre eux seraient allés à une clinique sans rendez-vous (Remarque : une telle clinique n'existe pas à Simcoe).
- 10 % auraient choisi de ne pas se faire soigner.
- 10 % auraient trouvé une solution de rechange (p. ex. : demander au propriétaire de la ferme de les conduire quelque part).

Selon ces données, nous pouvons conclure que, sans la présence de la clinique des travailleurs agricoles saisonniers en 2014, 400 visites supplémentaires non appropriées auraient eu lieu au service des urgences. Les ressources permettant de comprendre quel modèle de soins serait le plus approprié pour répondre au besoin des travailleurs agricoles saisonniers sont rares, ce qui dicte l'élaboration de projets pilotes en vue de l'application de pratiques exemplaires, puis de l'évaluation et de la diffusion des connaissances acquises à d'autres fournisseurs de services de santé. La clinique 2015 est ouverte et nous continuons d'examiner et d'évaluer le modèle de prestation de services. Nous avons bon espoir que notre travail nous permettra de mieux comprendre les besoins particuliers à la province.

4126

Traiter les « difficiles à traiter » : un modèle de soins communautaires novateurs et collaboratifs pour le traitement de l'hépatite C et le soutien

Jason Altenberg<sup>1</sup>, Jeff Powis<sup>2</sup> et Kate Mason<sup>1</sup>

1. Centre de santé communautaire de Riverdale-Sud, Toronto, Ontario; 2. Hôpital Toronto East General, Toronto, Ontario

#### Contexte

L'hépatite C (VHC) est la maladie infectieuse la plus coûteuse en Ontario (AOPPS 2010). Au Canada, on estime le taux de séroprévalence à 0,8 %, avec 4 000 à 6 000 nouveaux cas déclarés chaque année (Remis, Hogg, Krhan, Preiksaitis et Sherman, 1998; Zou, Tepper et El Saadany, 2000). Bien que, dans la majorité des nouveaux cas, le VHC se déclare chez des personnes s'injectant des drogues, des études aux États-Unis et au Canada ont démontré que moins de 1 % des utilisateurs de drogues entament un traitement (Grebely et coll., 2009; Mehta et coll., 2008). Les obstacles au traitement du VHC pour les personnes faisant usage de drogues ont été documentés au niveau du système, des fournisseurs et des patients. Parmi ces obstacles, notons l'exclusion des médicaments thérapeutiques du financement public et le manque d'accès à des spécialistes acceptant de

traiter les utilisateurs de drogues (Myles, Mugford, Zhao, Krahn et Wang, 2011). Les fournisseurs, pour leur part, s'inquiètent de la conformité avec le traitement et des effets secondaires sur la santé mentale, particulièrement lorsqu'il existe des situations de problèmes psychiatriques comorbides (McGowan et Fried, 2012). Chez les patients, les obstacles au traitement du VHC comprennent ce qui suit : manque de connaissances au sujet du VHC, expérience antérieure négative avec les fournisseurs ou les systèmes de soins de santé, ainsi que d'autres problèmes de santé et difficultés sociales concurrents, comme un domicile instable, la pauvreté, l'incarcération et l'isolement social (Doab, Treloar et Dore, 2005).

Le programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto constitue une réponse novatrice et efficace aux défis que pose le traitement du VHC des utilisateurs de drogues marginalisés. Ce programme est un partenariat entre trois centres de santé communautaires (Centre de santé communautaire de Riverdale-Sud, Centre de santé communautaire de Regent Park et Centre de santé communautaire de Sherbourne) disposant du soutien intégré de spécialistes des hôpitaux avoisinants (l'Hôpital Toronto East General et le Réseau universitaire de santé). Depuis 2007, le programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto a fourni un accès à des traitements du VHC et à du soutien pour les personnes vivant dans la pauvreté, s'adonnant activement à la consommation de drogues et (ou) ayant de graves problèmes de santé mentale.

### Objectifs

Le programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto vise à s'attaquer à certains des obstacles au traitement du VHC auxquels sont confrontées, dans la plupart des établissements de soins de santé, les personnes qui font usage de drogues et (ou) qui présentent d'autres problèmes sociaux ou problèmes de santé complexes, comme un logement instable, de la pauvreté ou un isolement social, et à les réduire au minimum.

### Paramètres de mesure

De nombreuses études ont été effectuées dans le cadre du programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto afin d'examiner divers résultats quantifiables, notamment : l'application du traitement et les taux de clairance du virus, l'alliance thérapeutique, la stabilité du revenu et du logement, et la qualité de vie. Les méthodes de recherche utilisées comprenaient un examen des dossiers, des questionnaires normalisés, des groupes de discussion et des entrevues individuelles structurées à demi.

### Concepts de changement

Le programme fournit des soins cliniques multidisciplinaires axés sur les clients qui sont dispensés en collaboration, ainsi que des services de soutien de groupe et de gestion de cas. Un groupe de soutien psychopédagogique qui se réunit toutes les semaines à chaque centre de santé sert de point d'ancrage au programme. Ce groupe favorise le soutien par les pairs et le partage des connaissances, en plus de faire office de transition vers les soins de santé. Les clients qui participent au programme peuvent recevoir à la fois des soins de santé primaires propres au VHC et des soins d'ordre général. Des cliniciens de soins primaires (médecins, personnel infirmier, infirmières et infirmiers praticiens) sont disponibles pendant les séances de groupe hebdomadaires, avec le soutien sur place de l'infectiologue et du psychiatre chaque mois, lesquels offrent également des consultations entre les visites sur place. Les médecins de soins primaires ont fait l'objet d'un mentorat pour pouvoir prescrire et gérer de façon autonome les médicaments servant au traitement du VHC. En plus de recevoir des soins cliniques, les clients ont accès à un soutien individuel comprenant des services de gestion de cas, de soutien par les pairs et de counseling en santé mentale qui sont offerts sur place.

Un examen rétrospectif des dossiers du programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto a démontré des taux d'application et de réussite du traitement du VHC qui sont comparables à ceux des établissements de soins tertiaires. Une analyse longitudinale des données du programme révèle également que les clients qui participent au programme présentent une amélioration importante de la stabilité du logement et du niveau de revenu. Une étude portant sur le volet de groupe du programme a démontré des niveaux élevés de cohésion au sein du groupe et d'alliance thérapeutique, ces deux éléments ayant montré une relation linéaire et positive avec l'amélioration clinique.

## Résultats et leçons retenues

Le programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto permet d'améliorer l'accès et de fournir des soins et un soutien en matière de VHC aux personnes hautement marginalisées qui auraient peu de chances de recevoir un traitement ailleurs. Nos recherches et notre expérience ont montré que des modèles communautaires et multidisciplinaires de réduction des méfaits pour le traitement du VHC, qui reposent sur la participation des clients et le soutien de groupe, peuvent améliorer l'accès au traitement du VHC avec des avantages pour les principaux déterminants sociaux de la santé qui vont au-delà du VHC. Le programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto fait maintenant partie des 16 équipes communautaires de traitement de l'hépatite C de la province. Même si les régimes de traitement pour le VHC deviennent plus courts et plus faciles à tolérer, il faudra continuer d'utiliser des modèles de soutien multidisciplinaires pour régler les problèmes de santé et les problèmes sociaux importants préalables au traitement pour de nombreuses personnes atteintes de VHC, avant que des antiviraux puissent leur être administrés en toute sécurité. Dans le contexte des nouveaux traitements, lesquels coûtent chers et exigent une observation rigoureuse, ces types de modèles en collaboration peuvent devenir encore plus essentiels pour les personnes qui sont marginalisées sur les plans social et économique.

4170

Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique : Une initiative de cybersanté assurant l'équité en tant que dimension de la qualité des soins

Michael Scott<sup>1</sup>, Edith Hart<sup>1</sup>, Dave Murray<sup>2</sup>, Rhonda Crocker Ellacott<sup>1</sup>, Lisa Beck<sup>1</sup>, Chad Johnson<sup>1</sup>, Bruno Tassone<sup>1</sup>, Jennifer Hawley<sup>3</sup> et Wendy Winslow<sup>1</sup>

1. Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay,, Ontario; 2. Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout, Ontario; 3. Northwest Health Alliance, Thunder Bay, Ontario

## Contexte

Le Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest est un projet pilote de cybersanté qui offre un accès en tout temps à une consultation en soins aux malades en phase critique sous forme de vidéoconférence, dirigée par un médecin intensiviste, à partir du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, dans le but de soutenir 11 services des urgences communautaires dans le Nord-Ouest de l'Ontario et une unité de soins intensifs de niveau 2.

Ce service d'approche pour les soins aux malades en phase critique utilise les dossiers médicaux électroniques intégrés du Nord-Ouest et le système d'archivage et de transmission d'images (PACS) pour faciliter la consultation en temps réel des données sur les patients. Ce service, jumelé au système de vidéoconférence pour ordinateur personnel en cinq points du Réseau Télémédecine Ontario (RTO), permet à l'équipe du Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique de fournir à distance une évaluation des patients en temps réel.

Puisque le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay est la seule unité des soins intensifs de niveau 3 pour le Nord-Ouest; il doit assurer un accès en temps opportun et un service de qualité aux résidents des collectivités du Nord situées à l'extérieur de Thunder Bay. En tirant profit des réseaux actuels du RTO, les hôpitaux régionaux peuvent maintenant utiliser, au besoin, du matériel de vidéoconférence mobile pour les consultations en soins aux malades en phase critique. L'équipe du Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique est composée d'un médecin intensiviste, d'une infirmière ou d'un infirmier en soins aux malades en phase critique, d'un thérapeute respiratoire et, au besoin, d'un pharmacien en soins aux malades en phase critique, d'une infirmière praticienne ou d'un infirmier praticien et d'un diététiste.

## Objectifs

Le Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique vise deux principaux objectifs : améliorer l'accès à une expertise en soins aux malades en phase critique en temps réel, en fournissant des pratiques exemplaires à l'égard de ces soins au moyen d'une démarche d'équipe interprofessionnelle, et

fournir un soutien de réanimation et une stabilisation précoce, en évitant les transferts inutiles dans la mesure du possible.

#### Paramètres de mesure

Les résultats du Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique comprennent le nombre de transferts régionaux, les temps de transfert et la satisfaction du personnel, des patients et des familles. Les données seront comparées aux données préalables à la mise en œuvre du programme ainsi qu'aux données de référence provinciales. Jusqu'à maintenant, le programme a montré une réduction du nombre de transferts de patients régionaux de même qu'une amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de soins aux malades en phase critique.

Depuis la mise en œuvre du programme le 31 mars 2015, la technologie de cybersanté a permis à l'équipe d'offrir plus de 170 heures de consultation à 60 patients provenant de huit hôpitaux régionaux. De plus, 28 consultations de suivi auprès des patients ont été effectuées par vidéo ou par téléphone et 12 transferts par avion ont été évités, ce qui a permis au système de soins de santé de l'Ontario de réaliser environ 204 000 \$ d'économies.

#### Concepts de changement

Le modèle de prestation du Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique est accessible en tout temps, soutenu par un médecin intensiviste, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et un thérapeute respiratoire autorisé. Des consultations interprofessionnelles supplémentaires peuvent être offertes au besoin, notamment par un pharmacien spécialisé dans les soins aux malades en phase critique, un diététiste spécialisé dans les soins aux malades en phase critique, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien spécialisé en traumatologie, une infirmière itinérante ou un infirmier itinérant spécialisé en neurochirurgie, en plus d'autres spécialités médicales comme la cardiologie, la neurochirurgie, la chirurgie générale et la traumatologie. Les patients qui ont besoin de services de soins en phase critique sont aiguillés vers le Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique par un médecin régional par l'entremise de CritiCall. Un accès vidéo en temps réel permet une première consultation et un soutien continu à des fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans des hôpitaux régionaux éloignés sur le plan géographique. Si un patient doit être transféré à un établissement pour recevoir des soins de plus haut niveau, le médecin de l'ambulance aérienne Ornge peut participer à l'appel de vidéoconférence du programme avant le transfert. La vidéoconférence à trois entre le médecin qui envoie le patient, celui qui assure son transport et celui qui le reçoit fournit une collaboration en temps réel qui permet d'élaborer le programme de soins le plus sécuritaire et le plus efficace pour le patient en phase critique. Des options en matière de soins et des discussions avec le patient et la famille sont également offertes dans la mesure du possible.

#### Résultats et leçons retenues

Grâce à l'expertise clinique et à la technologie de cybersanté, notre Programme régional d'intervention pour les soins en phase critique peut réussir à fournir ce qui suit : 1) un accès amélioré à des services spécialisés en soins aux malades en phase critique, 2) des soins de meilleure qualité grâce au soutien des fournisseurs de soins de santé régionaux, des patients et de leurs familles avant le transport, 3) une plus grande possibilité pour davantage de patients d'être soignés dans leur collectivité grâce au soutien en temps réel des soins aux malades en phase critique et 4) des temps de transport améliorés dans le Nord-Ouest de l'Ontario à mesure que les soins des patients sont optimisés avant le transfert.

4111

Améliorer l'accès aux soins d'urgence dans les collectivités rurales – le chemin parcouru

Shailesh K. Nadkarni<sup>1</sup>, Marlene Ryan<sup>2</sup>, Bruce Cook<sup>2</sup> et Doreen Armstrong-Ross<sup>2</sup>

1. National Research Corporation Canada, Markham, Ontario; 2. Centre régional de santé de Dryden, Ontario

#### Contexte

Environ 20 % des Canadiennes et des Canadiens vivent en région rurale. En règle générale, les citoyens des régions rurales sont plus âgés, sont en moins bonne santé et présentent un risque plus élevé de traumatismes et de traumatismes fatals que le reste de la population. Malgré les besoins plus élevés des résidents des

régions rurales en matière de soins de santé, ils ont généralement moins de ressources à leur disposition et ont davantage de difficultés à accéder aux soins de santé. Les services des urgences (SU) sont des filets de sécurité pour les citoyens des régions rurales, comme en témoigne la proportion considérablement importante de toutes les consultations aux SU. La prestation de soins d'urgence sécuritaires dans les régions rurales du Canada présente d'importants défis, en raison notamment du nombre moins élevé d'hôpitaux, des plus grandes distances à parcourir et de l'accès réduit à des soins spécialisés et à des ressources humaines en santé. Malgré ces défis, les efforts que nous déployons grâce à la création d'un carrefour santé rural au Centre régional de santé de Dryden ont montré de quelle façon nous avons réussi à travailler en collaboration pour satisfaire et adapter les besoins des collectivités locales d'une manière qui améliore l'intégration transparente et durable des services, ainsi que la prestation efficace et en temps opportun de soins de santé équitables de qualité axés sur la personne, à l'échelle locale ou par un partenaire régional.

### Objectifs

Améliorer l'expérience des patients en fournissant des soins bien coordonnés, en tenant compte des besoins des patients, y compris la prestation de soins le plus près possible du domicile, tout en soutenant un accès efficace aux soins à l'extérieur du carrefour au besoin.

Cerner et exécuter des initiatives d'amélioration de la qualité dans le but d'offrir en temps opportun des soins équitables de qualité axés sur la personne dans les collectivités rurales.

### Paramètres de mesure

#### Processus :

- Nombre de patients
- Taux de réponse
- Tendances au fil du temps : temps d'attente au service des urgences pour la première évaluation par le médecin (nombre d'heures, 90<sup>e</sup> percentile).

#### Résultats :

- Notes se trouvant dans les deux catégories les plus élevées pour la dimension de l'accès et de la coordination dans les SU
- Vérification des hypothèses pour la dimension des comparaisons avec les données de référence
- Matrice des priorités
- Temps d'attente au service des urgences pour la première évaluation par le médecin (nombre d'heures, 90<sup>e</sup> percentile)
- Temps total passé au service des urgences pour les patients admis (nombre d'heures, 90<sup>e</sup> percentile)

#### Équilibre :

- Notes se trouvant dans les deux catégories les plus élevées pour le soutien affectif.

### Concepts de changement

Un besoin commun reconnu, pour les fournisseurs du système de santé et de services sociaux locaux, de travailler ensemble pour dispenser à la communauté des soins de santé de qualité élevée.

La nécessité de définir, à partir de l'expérience des patients, un plan de santé communautaire local et des initiatives d'AQ dans lesquelles les patients seraient appelés à jouer un rôle, des objectifs communs, et d'opérer une mise en correspondance des capacités et des services qui tire parti des renseignements démographiques et des atouts locaux.

### Résultats et leçons retenues

Le Centre régional de santé de Dryden fait partie d'un carrefour santé rural situé à 320 km d'un grand centre (Thunder Bay) et sert une population de 15 000 personnes. Il subvient aux besoins de trois collectivités et trois communautés des Premières Nations. Un examen des données sur l'expérience des patients au service des urgences pour les exercices 2011 à 2014 a révélé un échantillon totalisant 2 400 patients et un taux de réponse cumulatif de 23,2 %. Une analyse des sous-facteurs et une matrice des priorités ont aidé à cerner les domaines dans lesquels pourraient être menées des initiatives d'amélioration de la qualité en lien avec la qualité globale des soins dispensés au SU. Le SU a ensuite entrepris un projet d'amélioration des processus multidisciplinaire. Des représentants des médecins, des infirmiers et infirmières, des commis d'unité et de la direction se sont rencontrés pour ce projet, qui durerait plusieurs mois. La première étape a consisté à

consigner le flux du processus à travers lequel cheminait un patient, de son inscription à notre service au moment où il recevait son congé. Une fois toutes les étapes du cheminement établies, nous nous sommes penchés sur les nombreux facteurs entrant en jeu à chacune d'elles. Les facteurs se sont ensuite vu attribuer un score en tant qu'améliorations de processus potentielles, en fonction de leur coût, de la facilité du changement et de la sécurité des patients (éléments faisant contrepoids). Les scores ont été utilisés pour hiérarchiser les changements qui pourraient être apportés à notre service en vue d'améliorer le flux des patients. L'exercice de schématisation de processus LEAN ciblait essentiellement les initiatives d'AQ et les idées de changement dans six secteurs clés, soit l'inscription, le triage, le hall d'entrée, les traitements prescrits, les dossiers et l'issue de la visite. Nos initiatives étaient pluridimensionnelles et allaient de la rééducation des médecins relativement aux niveaux de gravité et de triage à l'élaboration d'un algorithme pour un deuxième médecin sur appel en passant par la planification anticipée de l'admission, l'utilisation de salles à accès rapide, la distribution de documents aux patients en fonction de leur diagnostic et la prise de contact, par une infirmière, avec chacun des patients avant que ceux-ci reçoivent leur congé – pour n'en nommer que quelques-unes.

Les scores d'accès et de coordination pour l'exercice 2014 se sont avérés élevés comparativement à ceux reflétant d'autres dimensions (coefficient de corrélation de 0,115), indiquant que l'AQ au carrefour rural avait aidé à améliorer l'accès et la coordination pour sa population. Les temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin (nombre d'heures, 90<sup>e</sup> percentile) ont aussi été inférieurs à la moyenne pour le RLISS du Nord-Ouest ainsi qu'à celle des petits hôpitaux communautaires (2,1 heures comparativement à 2,4 et 2,3 heures, respectivement). Le temps total passé au SU pour les patients admis (nombre d'heures, 90<sup>e</sup> percentile) a également diminué. Notre expérience peut être reproduite dans d'autres milieux ruraux pour améliorer les résultats pour les patients. En conclusion, du point de vue de l'expérience des patients, renforcer la coordination et l'AQ dans les soins de santé contribuera à la prestation de soins de santé efficaces de qualité élevée, comme cela a été le cas dans notre établissement rural.

4259

Nouvelles démarches visant à atteindre l'équité en matière de santé : Conception et mise au point de l'Initiative de télémédecine urbaine de Toronto

Suzanne Zerger, Sarah Hamilton-Wright, Samantha Sagar, Patricia O'Campo et Flora I. Matheson  
Centre for Research on Inner City Health, Toronto, Ontario

#### Contexte

Le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto a mis sur pied l'Initiative de télémédecine urbaine de Toronto grâce au financement qui lui avait été alloué par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour 11 infirmiers ou infirmières spécialisés en télémédecine ETP. Neuf projets distincts ont ainsi bénéficié, par son intermédiaire, d'un financement pour un infirmier ou une infirmière (IA ou IP) ou un technicien et des technologies adaptées aux fins poursuivies – généralement la vidéoconférence ou le mode différé. Chaque projet cible des personnes présentant un ensemble très complexe de besoins qui, jusque-là, n'étaient pas satisfaits ou se trouvaient négligés au sein des systèmes et services de soins de santé existants, tout en introduisant de nouvelles démarches novatrices de prestation des soins de santé. Le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) appuie l'Initiative sur les plans de la planification, du suivi des données/de la production de rapports et de la formation.

#### Objectifs

Cette évaluation visait à mesurer la capacité de l'Initiative à procurer aux clients des avantages liés à trois aspects de l'équité dans les soins de santé : la qualité, l'accès et la productivité.

#### Paramètres de mesure

Cette étude a recouru à de multiples analyses de cas explicatives. L'équipe de recherche a calculé par triangulation et fait converger de multiples sources de données probantes, y compris des documents et données sur les programmes et des entrevues en profondeur avec des membres du personnel de programme,

des cliniciens et des clients pour évaluer les projets en fonction de la conformité aux hypothèses et aux hypothèses rivales en matière de qualité, d'accès et de productivité en santé. (Voir les documents à l'appui.)

### Concepts de changement

Ces projets de télémédecine servent des clients présentant des ensembles de besoins complexes auxquels ne répond pas – ou répond mal – l'actuel système de soins de santé; il s'agit habituellement, notamment, de besoins associés à la santé mentale et (ou) aux dépendances, à des affections médicales chroniques et aux déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté et le racisme. Parmi les populations ciblées figurent notamment les personnes en désintoxication non médicale, les participants à des programmes de désintoxication, les enfants ayant des besoins médicaux complexes, les patients diabétiques n'ayant pas fait évaluer leur vision dans la dernière année, les résidents d'établissements de soins de longue durée, les femmes présentant un risque élevé d'éprouver des besoins périnataux en santé mentale, les personnes âgées confinées chez elles et les personnes présentant des plaies chroniques non cicatrisées. Le contexte de réalisation de ces projets varie en conséquence, le personnel infirmier étant appelé à travailler dans des hôpitaux et des cliniques, des établissements de soins de longue durée et des centres d'accès aux soins communautaires, chez des particuliers et dans des établissements de traitement des dépendances. L'ampleur et la gravité des problèmes d'accès auxquels on souhaite remédier dans le cadre de ces projets de télémédecine les distinguent des démarches plus traditionnelles.

### Résultats et leçons retenues

- Cette évaluation a permis de tirer plusieurs leçons associées à la conception, à la phase de démarrage et à la mise en œuvre de tous ces projets de télémédecine. Nous avons formulé des recommandations précises fondées sur ces conclusions pour aider à leur développement continu, faciliter leur expansion potentielle et orienter la création de nouveaux modèles de télémédecine.
- Difficultés lors de la conception et au démarrage : Différentes difficultés se sont posées, dans le cadre de ces projets de télémédecine, lors de la conception et au démarrage, rendant cette phase plus compliquée et exigeante en termes de temps qu'on le prévoyait initialement. Il s'est notamment avéré difficile de trouver un ou une IA/IP qui convienne pour le projet, de déterminer en quoi consisterait la technologie appropriée et d'en faire l'acquisition, de promouvoir le projet, de clarifier les critères et les processus d'aiguillage applicables à la population cible et de mettre la touche finale aux ententes de partenariat.
- Différence entre modèles établis et nouveaux modèles : Les projets de télémédecine qui visaient à appuyer et à améliorer des modèles de soins établis ne se sont pas heurtés à autant d'obstacles au démarrage que ceux qui représentaient un modèle de soins entièrement nouveau, dans le cadre desquels l'isolement du personnel infirmier s'est révélé problématique.
- Leadership et soutien organisationnels : Un soutien organisationnel complet a permis aux projets de télémédecine de jouir d'une plus grande réactivité face aux difficultés rencontrées, leur facilitant l'accès aux ressources comparativement aux projets moins soutenus.
- Incidence des projets de télémédecine sur la qualité : Les principaux facteurs ayant permis aux projets de télémédecine d'améliorer substantiellement la qualité des soins que recevait leur population cible ont été certaines caractéristiques de l'infirmier, l'efficacité de la technologie et son adéquation avec l'objectif des projets.
- Incidence des projets de télémédecine sur l'accès : Ces projets de télémédecine ont accru la compréhension des problèmes d'accès auxquels était confrontée leur population cible et ont soulevé des préoccupations sur le fait qu'ils deviennent simplement d'autres « ponts » visant à remédier à ces lacunes dans les services.
- Incidence des projets de télémédecine sur la productivité : Il s'est révélé difficile, pour tous ces projets de télémédecine, d'atteindre les cibles prévues quant au volume d'événements de télémédecine et

aux clients servis par chacun; le suivi et l'atteinte de la productivité ont été compliqués par des problèmes de communication de données, des différences dans les intentions rattachées au projet et des obstacles technologiques et liés aux facilitateurs.

**Incidence/extensibilité** Ces projets de télémédecine urbains ont utilisé des modèles de soins modestement financés – un infirmier et un peu de technologie – pour dispenser de façon créative des soins à des patients dont les ensembles de besoins complexes n'étaient constamment que partiellement satisfaits, voire pas du tout, par le système de soins de santé actuel. Ces projets uniques ont montré leur valeur pour l'équité en santé en termes de qualité des soins, d'accès et de productivité, et contribué de façon substantielle et significative à la vie des clients et de leur famille, et au système de soins de santé. Une surveillance continue, la flexibilité et l'adaptation aux leçons retenues de même qu'une affectation judicieuse des ressources permettront l'accroissement de ces avantages et la réalisation de leur potentiel.

4228

Créer une culture de soins axés sur le patient et la famille dans les hôpitaux de l'Ontario

Erica Bridge et Madelyn P. Law

Université Brock, St. Catharines, Ontario

### Contexte

L'expression « soins axés sur le patient » n'est pas un nouveau concept; ces dernières années, cependant, elle reçoit de plus en plus d'attention dans les comptes rendus de recherche et l'environnement de pratique. Cette attention accrue a contribué à la promotion d'environnements de soins de santé où les patients agissent comme des partenaires dans les soins qui leur sont prodigués et reçoivent de l'information pertinente pour prendre leurs propres décisions. La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (LEST) a été promulguée par le gouvernement de l'Ontario en 2010 pour différentes raisons y compris, sans s'y limiter, l'amélioration des soins axés sur le patient et l'accroissement de la transparence, de la responsabilisation et de la motivation à l'égard de la qualité dans les soins de santé. La LEST comprend l'obligation, pour les hôpitaux de l'Ontario, de créer une déclaration des valeurs des patients. En théorie, cette déclaration est conceptualisée comme une façon d'améliorer les soins axés sur le patient; la façon dont elle mise en œuvre dans les politiques et pratiques des hôpitaux pour véritablement influencer les soins axés sur le patient demeure cependant peu claire.

### Objectifs

Ce projet de recherche avait pour but de déterminer comment un hôpital de l'Ontario reconnu comme un chef de file des soins axés sur le patient mettait en œuvre sa déclaration des valeurs des patients dans les politiques et pratiques. L'étude avait pour but : a) de comprendre le rôle de la déclaration des valeurs des patients dans les politiques et pratiques au sein d'un hôpital de l'Ontario perçu comme un chef de file et b) d'examiner comment l'hôpital en question avait intégré ces valeurs à ses structures organisationnelles générales.

### Paramètres de mesure

Il s'agissait d'un projet de recherche qualitatif, et non d'un projet d'amélioration de la qualité. Les données ont donc été recueillies de façon qualitative (c.-à-d. par des entrevues individuelles et l'analyse de documents).

### Concepts de changement

Le projet, une étude de cas unique, s'est déroulé dans l'un des principaux hôpitaux axés sur les patients de l'Ontario. L'hôpital a été sélectionné par un processus d'échantillonnage au jugé rigoureux dans le cadre duquel on a demandé à cinq experts des soins axés sur le patient en Ontario de fournir une liste de trois organismes qu'ils considéraient comme des chefs de file dans le domaine et dans l'administration de la déclaration des valeurs des patients. Ils ont ensuite attribué à chacun des organismes un rang de un à trois, un étant l'organisme connaissant le plus grand succès dans la mise en œuvre des soins axés sur le patient et de la déclaration des valeurs des patients dans les politiques et pratiques. L'organisme qui s'était classé au plus haut rang parmi ceux sélectionnés par les experts a été invité à prendre part à l'étude. Des données ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles avec des employés (c.-à-d. chef de la direction, responsable des soins axés sur les patients et leur famille, directeurs, gestionnaires, médecins, infirmières, physiothérapeutes,

ergothérapeutes, paraprofessionnels, préposés à l'entretien, porteurs d'hôpital) et des conseillers spécialistes de l'expérience des patients (n = 18). Une analyse documentaire (n = 10) a également été réalisée (portant notamment sur des documents de planification stratégique comme la déclaration des valeurs des patients, le Plan d'action 2015, les documents des conseillers spécialistes de l'expérience des patients et le plan d'amélioration de la qualité). Les données tirées de ces documents et des entrevues ont été téléversées dans NVivo, où elles ont été analysées inductivement, selon une méthode de comparaison constante. Les thèmes clés ont ensuite été comparés en vue de faire ressortir les relations qui existaient entre eux.

### Résultats et leçons retenues

Les résultats de l'étude actuelle fournissent un cadre de référence pour les soins axés sur les patients et leur famille (SAPF) qui pourrait être envisagé par d'autres organismes de soins de santé. À la lumière de l'étude, cinq étapes sont proposées : 1) préparer le terrain, 2) inspirer les gens, 3) définir des structures organisationnelles, 4) cerner les obstacles organisationnels et environnementaux et 5) réfléchir et améliorer, pour créer une culture de SAPF dans un environnement de soins actifs. Ces cinq étapes se traduisent par 16 stratégies fondamentales : 1) mobilisation de la communauté, 2) examen des obstacles organisationnels/environnementaux potentiels, 3) établissement d'un plan stratégique assorti de principes directeurs, 4) conversion des principes directeurs en comportements attendus, 5) création d'un rôle de conseiller spécialiste de l'expérience des patients, 6) définition des SAPF, 7) motivation des personnes, 8) responsabilisation des patients et des familles, 9) création d'un environnement favorable, 10) amélioration continue, 11) manque de temps et obstacles, 12) regard systémique sur les SAPF, 13) reconnaissance de l'expertise du personnel, 14) défis environnementaux, 15) changement de culture et 16) perspectives d'avenir.

Ces stratégies peuvent être utilisées par les dirigeants et les gestionnaires pour encourager l'adoption de comportements de SAPF dans leur établissement de soins actifs. Cette étude est la première en son genre à examiner comment la déclaration des valeurs des patients, une composante de la LEST, a été utilisée dans les politiques et pratiques. Les conclusions de l'étude actuelle montrent comment la déclaration a orienté les politiques et pratiques, menant à l'élaboration de processus et de stratégies fondamentales pour promouvoir les SAPF au sein d'un organisme de soins actifs.

4135

Les sommaires de congé axés sur le patient : Les premiers participants à l'initiative font part des leçons retenues sur l'amélioration de l'expérience du patient lors de la mise en congé

Shoshana Hahn-Goldberg<sup>1</sup>, Tai Hyunh<sup>1</sup>, Karen Okrainec<sup>1,2</sup>, Howard Abrams<sup>1,2</sup>, Najla Zahr<sup>1</sup>, Sandra Mills<sup>3</sup>, Heather Mills<sup>3</sup>, Rob Lee<sup>4</sup>, Jullian Chen<sup>5</sup>, Agnes Tong<sup>6</sup>, Davina Lau<sup>7</sup>, Ryan McGuire<sup>8</sup>, Joanne Maxwell<sup>9</sup>, Jennifer Goodwin<sup>10</sup> et Patrrick Obrien<sup>11</sup>

OpenLab, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario; 2. Département de médecine, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario; 3. Hôpital Lyndhurst, Institut de réadaptation de Toronto, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario; 4. Hôpital Toronto East General, Toronto, Ontario; 5. Unité 4D, The

Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario; 6. Hôpital Bridgepoint, Toronto, Ontario; 7. Hôpital Mount Sinai, Toronto, Ontario; 8. Centre de santé St-Joseph, Toronto, Ontario; 9. Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview, Toronto, Ontario; 10. Unité 8B, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario; 11. Hôpital St-Michael, Toronto, Ontario

### Contexte

Une mauvaise communication de l'information avec les patients et les personnes soignantes avant le congé de l'hôpital peut entraîner une expérience négative, de la confusion au domicile et un risque d'incidences négatives et de réadmissions évitables. L'expérience des patients au moment de la mise en congé a été une problématique dans les hôpitaux du RLIS du Centre-Toronto, motivant ainsi le RLIS à financer le projet des sommaires de congé axés sur le patient.

En 2014, OpenLab a travaillé avec les patients, les personnes soignantes et les fournisseurs afin de concevoir conjointement un simple outil, les sommaires de congé axés sur le patient (consulter le modèle ci-joint), appuyé par la vision voulant que tous les patients qui reçoivent leur congé de l'hôpital obtiennent systématiquement les renseignements clés, communiqués d'une façon facile à comprendre. En 2015, les sommaires de congé axés sur le patient étaient adoptés au sein de programmes choisis dans huit hôpitaux du RLISS du Centre-Toronto, constituant un échantillon représentatif de la population de patients et d'hôpitaux du RLISS, y compris en soins actifs, en hôpitaux universitaires et communautaires, en chirurgie, en réadaptation et en pédiatrie (consulter la liste d'hôpitaux ci-jointe).

### Objectifs

Notre principal objectif était d'offrir les sommaires de congé axés sur le patient aux patients de tous les établissements avant avril 2015. Grâce à l'initiative des sommaires de congé axés sur le patient, nous espérions voir des améliorations au niveau des éléments axés sur le patient du processus de mise en congé ainsi que de l'expérience des patients et des fournisseurs.

### Paramètres de mesure

Des cycles PFEA rapides ont été utilisés pour mettre en œuvre et perfectionner les sommaires de congé axés sur le patient de chaque établissement. Des mesures du processus, de l'expérience des patients et des fournisseurs ont été recueillies avant et après la mise en œuvre des sommaires de congé axés sur le patient dans chaque établissement en utilisant des questionnaires structurés. Avant chaque réunion mensuelle des adeptes précoces, un questionnaire était aussi envoyé aux chefs de projet pour recueillir les données relatives aux obstacles et aux stratégies afin de les partager avec le groupe.

### Concepts de changement

Grâce à un investissement modeste du RLISS du Centre-Toronto, les sommaires de congé axés sur le patient et les ressources connexes sont désormais mis à la disposition de tous dans Creative Commons à des fins d'utilisation, de modification et d'amélioration.

Il a été démontré que les sommaires de congé axés sur le patient fonctionnaient dans des milieux différents : soins actifs, réadaptation, chirurgie et pédiatrie. Les sommaires de congé axés sur le patient sont personnalisés pour correspondre au processus de mise en congé actuel de chaque programme, ce qui améliore l'expérience des patients et des fournisseurs. Les premiers organismes qui ont adopté l'initiative ont exprimé le caractère unique de chaque population de patients et le fait que, grâce à ce processus, les sommaires de congé axés sur le patient seront plus viables, car ils sont adaptés aux besoins des patients. Certains organismes ont inclus les sommaires de congé axés sur le patient dans leur plan stratégique de l'année prochaine. D'autres organismes ont aussi démontré leur intérêt pour les sommaires de congé axés sur le patient.

Nous avons créé un site Web comprenant des outils pour appuyer et maintenir la mise en œuvre des sommaires de congé axés sur le patient, y compris des dépliants, des affiches, une présentation destinée à la formation du personnel et un formulaire dynamique des sommaires avec des rubriques disponibles en 15 langues. Le site est à la disposition de toute personne qui souhaite l'utiliser. Les leçons tirées des adeptes précoces sont regroupées dans des lignes directrices qui seront affichées sur le site. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site Web : <http://pods-toolkit.uhnopenlab.ca/>

### Résultats et leçons retenues

Les sommaires de congé axés sur le patient sont entrés en fonction dans sept des huit établissements avant le 1<sup>er</sup> avril 2015. Au cours du premier mois suivant la mise en œuvre, plus de 200 patients dans l'ensemble du RLISS du Centre-Toronto ont obtenu des sommaires de congé axés sur le patient. Les résultats des adeptes précoces montrent des améliorations marquées de l'expérience des patients et un fardeau minimal pour les fournisseurs. Permettre aux établissements de personnaliser les sommaires de congé axés sur le patient a aussi entraîné une mobilisation améliorée des patients et des personnes soignantes grâce à leur participation à la conception, au contenu et au lancement de l'outil. L'expérience des fournisseurs a été améliorée dans certains établissements en utilisant des directives de mise en congé normalisées pour des maladies particulières.

L'expérience des patients qui ont eu un sommaire de congé axé sur le patient (au cours du premier mois de la mise en œuvre) a été extrêmement positive pour de multiples dimensions (voir la figure 1 ci-jointe). Le pourcentage moyen de patients qui ont répondu d'accord ou fortement d'accord aux énoncés relatifs à leurs directives de mise en congé était de 92 %.

L'amélioration moyenne pour les cinq secteurs avant et après la mise en œuvre dans l'ensemble des établissements allait de 9,3 à 19,4 % (voir la figure 2 ci-jointe). Il est important de noter que ces adeptes précoces affichaient déjà un bon rendement comparativement aux notes de l'ensemble du RLIS. Nous croyons que les résultats pourraient être supérieurs dans les hôpitaux dont le rendement de référence est inférieur.

Une des premières préoccupations au sujet des sommaires de congé axés sur le patient était le refus possible des cliniciens qui auraient pu craindre une charge de travail supplémentaire. Les questionnaires relatifs à l'expérience des fournisseurs démontrent que ces préoccupations ne se sont pas concrétisées. Les résultats montrent que plus de 90 % des fournisseurs ont trouvé que les sommaires de congé axés sur le patient étaient faciles à utiliser et précieux pour les patients. Plus de 80 % ont considéré qu'ils n'ajoutaient pas de travail à leur charge, mais qu'au contraire, ils amélioreraient l'enseignement de la mise en congé en assurant la communication uniforme auprès des patients.

Les patients qui ont reçu les sommaires de congé axés sur le patient ont une meilleure compréhension de leurs médicaments, des signes de dangers à surveiller, du moment où ils peuvent reprendre leurs activités normales, des rendez-vous auxquels ils doivent se présenter et des personnes à appeler. Même si nous prévoyons que ces éléments se traduiront par une amélioration de la conformité aux directives liées aux soins et par une réduction des risques de vivre des événements indésirables et d'effectuer des réadmissions et des consultations aux SU coûteuses, nous devons en étudier la rentabilité. Dans plusieurs établissements, nous avons observé une diminution du nombre d'appels des patients demandant de l'information à propos de leurs directives de soins, ce qui procure davantage de temps au personnel. La compréhension de ces effets est un élément de notre futur plan de recherche.

4108

Mobiliser les patients pour améliorer un centre universitaire des sciences de la santé – Comment Sunnybrook fait appel à la participation des patients dans la recherche, l'enseignement et les soins aux patients

Craig DuHamel, Lynne Downey, Liane Chornobay, Jo-Ann Latham, Bertha Effio, Cendi Micor, Irene Denzil, Marie Sanderson, Sybil Millar et Alexis Dobranowski  
Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto, Ontario

#### Contexte

À Sunnybrook, la participation des patients, c'est plus que du travail en comité. C'est en voie de devenir un élément essentiel de la culture de notre hôpital. Nous allons montrer comment l'hôpital crée un nouveau phénomène où les patients sont des participants à la recherche, à la formation et aux soins aux patients. Notre objectif est d'offrir au public des plans et des outils faciles à utiliser afin d'améliorer leurs activités de mobilisation des patients.

#### Objectifs

Objectif global : créer des occasions significatives de mobilisation des patients et de leur famille grâce aux activités uniques d'un centre universitaire des sciences de la santé.

#### Recherche

Créer et mettre en place un modèle pour mobiliser les patients et leur famille dans l'élaboration des études de recherche.

#### Éducation

Élaborer et mettre en place un processus pour faire participer les patients à la formation et à l'évaluation des apprenants.

#### Soins aux patients

Élaborer un processus d'amélioration de la qualité pour faire participer les patients, leur famille et le personnel de première ligne au perfectionnement de l'expérience des patients.

#### Soutien administratif

Élaborer et mettre en œuvre un cadre de travail pour inclure les patients dans l'évaluation des propositions de prestation de services ou d'entreprises à Sunnybrook.

#### Élaboration des politiques et des procédures

Création et mise en œuvre d'une méthode de mobilisation en ligne pour consulter les patients, leur famille et les membres de la collectivité à propos de changements de politique ou d'initiatives proposés à Sunnybrook.

#### Paramètres de mesure

La principale mesure du processus pour chaque secteur a été la création d'un modèle. Vous trouverez ci-dessous les mesures du processus secondaires.

#### Recherche

- Déterminer le niveau de satisfaction relative à la participation au processus de recherche par la rétroaction des patients et des chercheurs cliniques.

#### Éducation

- Évaluer le niveau de confort des patients en sensibilisant les étudiants à l'expérience des patients.

#### Soins aux patients

- Évaluer la volonté du personnel et des patients à participer à des séances d'amélioration.
- Jauger la satisfaction des patients après les initiatives d'amélioration.

#### Soutien administratif

- Évaluer le niveau de participation et de satisfaction parmi les patients qui participent au processus de demande de propositions.

#### Élaboration des politiques et des procédures

- Les indicateurs pour cet élément comprennent l'élaboration de l'outil de mobilisation en ligne et le nombre de sujets publiés aux fins de consultation.

#### Concepts de changement

#### Recherche

Le modèle de mobilisation divisé a été mis en œuvre auprès de patients en attente d'une intervention visant à traiter un anévrisme cérébral. Le but était d'obtenir leurs commentaires à propos des renseignements qu'ils devraient consentir à divulguer lors d'une intervention expérimentale.

#### Éducation

Un modèle d'évaluation a été mis en œuvre au service des urgences pour permettre aux patients d'évaluer leur expérience relative à l'interaction avec un résident. Un conseiller en matière d'expérience des patients demande aux patients de répondre au questionnaire et transmet les commentaires au superviseur du résident.

#### Soins aux patients

Sunnybrook a créé l'initiative *People Improving Experience*. Le programme fonctionne grâce au personnel de première ligne et aux patients et vise à créer des projets axés sur l'amélioration en sollicitant leurs suggestions.

#### Soutien administratif

Un cadre d'évaluation par les patients a été élaboré pour évaluer les demandes de propositions (DP). Pour un projet pilote de ce cadre, le personnel spécialisé en expérience des patients devait demander aux patients de répondre à un questionnaire sur leurs préférences concernant du nouveau mobilier. Les données ont été recueillies et remises à l'administration pour orienter la décision.

### Élaboration des politiques et des procédures

Pour surmonter la barrière que représente la distance pour un bon nombre de nos patients, un site Web a été créé afin de favoriser la participation des patients. Le site a offert aux patients une occasion de fournir une rétroaction sur des sujets comme : est-ce que Sunnybrook devrait construire ou non des abris pour les fumeurs? Cette rétroaction est présentée à l'équipe de la haute direction.

### Résultats et leçons retenues

Nous avons constaté que le personnel était intéressé par la participation des patients et en appréciait l'importance. Notre feuille de route a fourni aux membres du personnel les outils nécessaires à leur participation.

### Recherche

La mobilisation des patients devient une exigence pour que les chercheurs effectuent leur travail. La démarche de Sunnybrook leur a offert une solution facile à utiliser pour satisfaire cette exigence et pour contribuer à orienter leurs recherches.

### Éducation

Cet élément a été très bien accueilli. Les instructeurs planifient de présenter l'expérience comme une étude de recherche sur l'utilisation de la rétroaction des patients pour mesurer le rendement des étudiants. Notre intention est de transférer cette idée dans l'ensemble de l'organisme à d'autres milieux et professions.

### Soins aux patients

Nous avons appris que le personnel et les patients sont plus susceptibles de participer à des initiatives d'amélioration s'ils y prennent part dès le début. Avoir un résultat concret et limité dans le temps, et des victuailles, entretiennent cet intérêt.

### Soutien administratif

Les patients et leur famille formulent des observations que le personnel peut omettre ou considérer comme allant de soi. Aucune initiative de mobilisation n'est trop modeste. Si vous offrez une occasion et que vous vous engagez à boucler la boucle, les gens sont heureux d'y participer.

### Élaboration des politiques et des procédures

Un site Web interactif, où l'information est disponible et divertissante, peut générer de grands résultats de la part des patients. Cette initiative est transférable à d'autres organismes et peut être mise en œuvre à faible coût.

4081

Les technologies intelligentes pour la prise en charge de la santé mentale

Cheryl Forchuk et Laura Warner

Université Western Ontario, London, Ontario

### Contexte

La mise au point de technologies intelligentes novatrices est considérée par beaucoup – y compris par la Commission de la santé mentale du Canada – comme étant essentielle à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des systèmes et des services de santé mentale. La présente recherche a été menée selon une démarche participative visant à s'assurer que les patients et les autres intervenants sont mobilisés de la conception d'une idée à la mise en œuvre des technologies intelligentes et à l'interprétation des résultats de recherche. La Lawson Integrated DataBase (LIDB) intègre de façon sécurisée les données de multiples organismes de soins en milieu communautaire dans le but de réduire la redondance dans la tenue de dossiers et de contribuer à la rationalisation des soins. Cette base de données a été mise à profit dans le cadre d'une intervention en santé mentale par messagerie texte (les Mental Health Smart Technologies MHST) et d'un dossier médical personnel accessible par l'intermédiaire des technologies mobiles (le réseau d'engagement en santé mentale – Mental Health Engagement Network ou MHEN). La LIDB a aussi le potentiel de contribuer à d'autres interventions centrées sur la personne.

## Objectifs

Nous avons élaboré, mis en œuvre et évalué plusieurs technologies intelligentes en santé mentale, dans le but d'améliorer les résultats pour les clients des services de santé mentale, de les mettre en contact avec leurs équipes de soins et de faciliter l'intégration des données entre les fournisseurs de services.

## Paramètres de mesure

Ces technologies ont été étudiées selon une combinaison de méthodes (qualitatives et quantitatives) pour aider à comprendre les perceptions des clients ainsi que l'efficacité et les économies potentielles. Des données quantitatives ont été recueillies dans le cadre d'entrevues structurées à demi, au moyen d'instruments ciblant des questions comme les compétences avec la technologie, l'utilisation des services de santé, des services sociaux et juridiques, la qualité de vie et l'intégration communautaire. Parallèlement, des données qualitatives ont été recueillies au moyen de questions ouvertes et de groupes de discussion réunissant des clients et des fournisseurs de soins en santé mentale.

## Concepts de changement

Différentes technologies ont la capacité de susciter le changement de différentes manières. Le projet MHEN, par exemple, dans le cadre duquel les clients des services de santé mentale se voyaient fournir un téléphone intelligent et un dossier médical électronique personnel, visait à améliorer la communication entre les fournisseurs de soins et les clients tout en responsabilisant ces derniers, de façon à ce qu'ils puissent prendre en charge leur propre santé mentale. Par cette communication améliorée et cette responsabilisation, on s'attendait à ce que les patients voient diminuer leurs symptômes de maladie mentale et se trouvent davantage intégrés à la collectivité, ce qui aurait pour effet de réduire leur dépendance à l'égard des services externes ou d'urgence en santé mentale.

## Résultats et leçons retenues

Le projet MHEN a donné lieu à une diminution importante du nombre d'hospitalisations psychiatriques, de visites de patients externes et d'arrestations, ainsi qu'à une meilleure intégration à la collectivité au sein d'un groupe de 400 participants présentant un trouble de l'humeur ou psychotique. Les projets à venir consisteront en l'étude d'une intervention par messagerie texte plus simple et économique, en la mise en œuvre d'autres stratégies d'identification, comme la reconnaissance de l'iris, dans les organismes communautaires et en l'amélioration de la capacité d'intégration des données entre organismes, par l'intermédiaire de la LIDB. Ces initiatives pourraient révolutionner le système de soins de santé mentale.

4343

Apprendre ensemble et les uns des autres; patients et fournisseurs sur le même parcours vers l'amélioration  
Valentina Constantinescu et Michelle Joyner  
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Ontario

## Contexte

Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton est un centre universitaire des sciences de la santé multisite (soins actifs, santé mentale et soins ambulatoires) de 691 lits situé en Ontario. Son personnel, composé de 550 médecins et 4 000 autres employés, se voue à la prestation de soins exceptionnels. Il y a maintenant plusieurs années que le Centre tente d'établir une collaboration avec les patients et familles, mais dans les cinq dernières, il a commencé à officialiser et à accélérer ces travaux.

Une démarche fondée sur des données probantes a été employée pour améliorer le processus de mise en congé des patients de l'unité de réadaptation du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton. Le personnel et les patients se sont associés pour concevoir, enseigner et mettre en œuvre la méthodologie dite de « retransmission de l'information ». Les deux groupes estimaient que le processus de mise en congé pouvait être amélioré. Deux thèmes sont ressortis des entrevues avec les patients de l'unité : ils se sentaient accablés le jour où ils recevaient leur congé, et auraient aimé jouer un rôle plus actif dans le processus. Le projet a démarré en juillet 2014 et s'inscrit dans le cadre d'une collaboration avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS).

## Objectifs

Ce projet d'amélioration vise à procurer une meilleure expérience aux patients, aux familles et au personnel dans le cadre du processus de mise en congé et a été inspiré par les renseignements recueillis dans le cadre d'une série d'activités d'observation de patients, de sondages réalisés relativement au congé et de commentaires formulés par le personnel. Ce dernier s'est associé aux patients pour créer une trousse d'éducation relativement aux priorités qu'ils avaient eux-mêmes cernées. Recourant à une méthodologie de retransmission de l'information fondée sur des données probantes, le personnel de toutes les disciplines a changé sa démarche en matière de planification du congé et d'éducation.

La communication et la consignation de l'éducation se sont améliorées, et le nombre de patients satisfaits de leur expérience à l'hôpital a augmenté. Les résultats préliminaires montrent une amélioration importante de la participation de la famille dans les soins et décisions et de l'information fournie relativement aux médicaments et à leur gestion.

#### Paramètres de mesure

Paramètres de mesure des processus Chaque semaine, nous examinons les dossiers de tous les patients pour voir s'ils ont reçu une éducation et si la méthodologie de retransmission de l'information a été employée. Il s'agit là pour nous d'une occasion de vérifier combien de patients ont été éduqués selon cette méthodologie, dans quelle discipline et à quel propos. Des résultats actualisés sont présentés dans un graphique de séquences (voir les pièces jointes).

Paramètres de mesure des résultats Le jour où ils reçoivent leur congé, les patients sont invités à répondre à un sondage reflétant leur expérience et leur satisfaction pendant leur séjour à l'hôpital. On les rappelle aussi sept jours plus tard pour savoir dans quelle mesure l'information les a aidés dans la transition vers leur domicile. Les résultats préliminaires, les définitions et les commentaires sont fournis dans le cadre du présent résumé (voir les pièces jointes). Des comptes rendus mensuels font partie des cycles d'engagement et d'amélioration et nous fournissent de l'information sur l'expérience du personnel et des patients.

Paramètres de mesure visant à assurer l'équilibre La charge de travail a été la première préoccupation exprimée par l'équipe et la direction lorsque nous avons entrepris ce projet. Un sondage a été distribué à tous les praticiens avant la mise en œuvre de la méthodologie de retransmission de l'information, et le sera à nouveau après six et neuf mois. Les résultats procureront de l'information sur le temps passé à dispenser l'éducation au moyen de ladite méthodologie par rapport aux méthodes d'éducation antérieures.

#### Concepts de changement

Une éducation est maintenant dispensée tous les jours au sein de l'unité lorsque cela s'avère nécessaire, et les besoins en matière d'apprentissage sont évalués à chaque interaction. Le personnel et les patients conseillers se réunissent tous les mois pour faire le point sur le processus et discuter des façons dont il pourrait être amélioré. Les patients conseillers ont aussi aidé à la formation du personnel en observant ses membres simuler la méthodologie de retransmission de l'information et en leur offrant une rétroaction.

Depuis le début du projet, le partenariat entre le personnel et les patients évolue. Nous continuons d'évaluer par observation le processus de mise en congé, en distribuant des sondages aux patients et en menant des entretiens avec eux relativement à leur expérience. Ce projet d'amélioration a permis la mobilisation directe des patients et des familles dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du processus de mise en congé. Le modèle d'amélioration PFEA (planifier, faire, étudier, agir) nous a guidés dans l'élaboration, la mise à l'essai et l'application des changements menant à l'amélioration. Il a modéré le réflexe de prendre des mesures immédiates, préconisant plutôt, avec sagesse, un examen attentif. Chaque cycle PFEA s'appuie sur la réussite du cycle précédent.

#### Résultats et leçons retenues

Ensemble, nous avons créé une trousse d'éducation complète à l'intention des patients de l'unité de réadaptation et de leur famille, qui facilite la transition vers le domicile. Le soutien de la direction est essentiel; les séances de rétroaction constituent un catalyseur pour l'amélioration du processus et des relations entre le personnel et les patients; un processus et du matériel supplémentaire de qualité élevée ont pu être créés

grâce à une véritable collaboration, laquelle a exigé du temps et de multiples interactions. Cette méthode est une excellente occasion d'éliminer le gaspillage tout en conservant ce qui procure une valeur ajoutée.

4253

Créer des initiatives de qualité supérieure en incluant utilement les personnes atteintes de démence

David Harvey, Kathy Hickman, Phil Caffery, Delia Sinclair, Felicia White et Nancy Rushford

Société Alzheimer de l'Ontario, Toronto, Ontario

#### Contexte

La participation du consommateur ou du patient est encouragée en tant que pratique exemplaire; or, elle est souvent accordée sans authenticité, en venant à constituer une politique de pure forme. Cela 'est particulièrement vrai dans le cas des personnes atteintes de démence, souvent vues comme moins capables d'apporter une contribution utile.

La Société Alzheimer de l'Ontario mène plusieurs initiatives visant à inclure de façon utile les patients atteints de démence et leurs partenaires de soins dans ses travaux. Grâce à plusieurs projets en cours visant à mieux comprendre comment solliciter la participation de ces patients et de définir des pratiques exemplaires pour leur inclusion, nous ferons le point sur l'état d'avancement des travaux d'élaboration d'un répertoire d'initiatives pour une inclusion utile dans le cadre de trois projets précis (la mise sur pied d'un programme d'éducation à l'autoprise en charge de la démence, financée par les IRSC, la schématisation du cheminement associé à la démence par la consultation d'intervenants, et l'élaboration de pratiques exemplaires centrées sur la personne pour les aînés ayant des besoins complexes). Nous présenterons les facteurs de réussite et leçons retenues de chacun.

#### Objectifs

Comprendre les pratiques actuelles pour l'inclusion des personnes atteintes de démence.

Créer un ensemble d'éléments essentiels/de pratiques exemplaires aux fins d'inclusion des personnes atteintes de démence.

Accroître la qualité des programmes/services/produits, en fonction des besoins réels des utilisateurs finaux.

Paramètres de mesure

Comment les personnes atteintes de démence perçoivent-elles leur rôle dans les initiatives?

Comment d'autres intervenants prenant part aux initiatives perçoivent-ils la participation et la contribution des personnes atteintes de démence?

Quels sont, de l'avis des planificateurs/responsables d'initiatives et des personnes atteintes de démence, les éléments essentiels et pratiques exemplaires pour l'inclusion réussie des personnes atteintes de démence?

Toujours selon les planificateurs/responsables d'initiatives et les personnes atteintes de démence, quels effets exerce l'inclusion de ces personnes sur les résultats des initiatives?

(Données recueillies grâce à des réflexions sur les processus, des entrevues auprès de participants – y compris de personnes atteintes de démence et d'autres intervenants –, une réflexion relativement aux résultats des projets et l'analyse de ces mêmes résultats.)

#### Concepts de changement

Inclure de façon utile les personnes atteintes de démence dans les initiatives de la Société Alzheimer de l'Ontario, de leur planification à leur mise en œuvre.

Favoriser une culture d'inclusion et accroître la capacité des fournisseurs de services de santé et de la communauté afin d'inclure de façon utile les personnes atteintes de démence.

Habiliter les personnes atteintes de démence et accroître la confiance qu'elles ont en elles-mêmes par des occasions significatives d'apporter une contribution à la société.

## Résultats et leçons retenues

L'inclusion utile des personnes atteintes de démence exige que l'on soit attentif à quatre composantes essentielles : les personnes (enthousiasme, engagement, ouverture, humilité), l'objectif poursuivi (clair, significatif, pertinent), les relations (respect, sécurité, écoute, relations au-delà, facilitation, liens, humours) et le processus (respect du processus, attentes, cohérence, flux de l'information, réflexion).

L'attention au processus et l'inclusion de cycles de planification, de mise à l'essai, de réflexion et d'adaptation sont essentielles pour répondre aux besoins des personnes atteintes de démence et à ceux des autres personnes participant au processus.

Lorsque les personnes atteintes de démence sont incluses en nombre proportionnellement approprié (p. ex., de 25 à 50 % du groupe, en fonction des objectifs du projet) et jouent des rôles significatifs contribuant de façon considérable aux processus et aux résultats de l'initiative, dès le début et tout au long de celle-ci, les résultats s'en trouvent considérablement améliorés.