

Centres d'accès aux soins communautaires

Impressions et observations

Plans d'amélioration de la qualité 2015-2016

CENTRES D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES

À propos de nous

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : **une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens.**

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il lui arrive souvent de ne pas atteindre son plein potentiel. De plus, certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. À Qualité des services de santé Ontario, notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limite.

Table des matières

Résumé	4
À propos de ce rapport	5
Introduction	7
Chapitre 1 : Œuvrer au sein du secteur : Progrès propres au secteur réalisés à l'égard d'indicateurs prioritaires.....	11
Indicateur : Chutes chez les clients en soins de longue durée.....	11
Indicateurs : Temps d'Attente de cinq jours pour les soins à domicile : Visites du personnel infirmier et visites d'un préposé aux services de soutien à la personne	15
Chapitre 2 : Communiquer et travailler ensemble : Améliorations intersectorielles des indicateurs prioritaires	20
Indicateur : Consultations aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant la date de congé.....	20
Indicateur : Réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant le congé.....	25
Chapitre 3 : Comprendre les points de vue des patients : Participation et expérience des patients.....	30
Indicateur : Expérience des patients	30
Conclusion : Aller de l'avant	36
Notes	37

Résumé

Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario ont soumis leurs plans d'amélioration de la qualité (PAQ) le 1^{er} avril 2015. Cela conclut la deuxième année de soumission des 14 CASC.

Les PAQ qui ont été soumis cette année démontrent que les CASC maintiennent leur progrès à l'égard des gains conservés jusqu'à présent. Les 14 CASC se sont améliorés au titre d'au moins un des indicateurs prioritaires et sept d'entre eux ont noté une amélioration quant à trois indicateurs ou plus. De plus, un bon nombre d'entre eux ont exposé en détail leurs principales observations quant aux nouvelles initiatives et aux motivations qui sous-tendent leurs activités d'amélioration.

Bien que l'engagement des CASC envers l'amélioration soit clair, les progrès globaux étaient généralement minimes et la plupart des indicateurs sont demeurés stables.

Les exemples cités tout au long de ce rapport présentent les domaines dans lesquels des progrès ont été atteints et les mesures d'amélioration des soins prises par le secteur.

Le présent rapport fait partie de notre série continue *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité*. Afin de poursuivre le partage de renseignements à propos de l'amélioration continue des soins, le rapport abordera les trois composantes des PAQ (document narratif, plan de travail et rapport d'étape) soumis par les CASC et mettra largement l'accent sur les leçons retenues par les CASC au cours de la dernière année.



À propos de ce rapport

Au cours des cinq dernières années, les secteurs de la santé de l'ensemble de l'Ontario ont soumis des plans d'amélioration de la qualité (PAQ). Ce processus d'abord entamé par les hôpitaux de l'Ontario s'est ensuite étendu aux organismes de soins primaires organisés, aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et aux foyers de soins de longue durée.

La soumission annuelle de PAQ démontre l'engagement continu de plus de 1 000 organismes de soins de santé à prodiguer des soins de meilleure qualité en Ontario. Ces plans permettent aux organismes de formuler leurs objectifs de qualité, d'officialiser leurs activités d'amélioration et de déterminer des moyens précis d'atteindre ces objectifs.

Chaque PAQ décrit en détail les efforts déployés par un organisme à l'égard d'un ensemble d'indicateurs prioritaires. Ces indicateurs s'harmonisent avec le programme commun d'amélioration de la qualité, un ensemble de plus de 40 indicateurs issu d'une collaboration entre Qualité des services de santé Ontario et d'autres partenaires du système de santé. Le [programme commun d'amélioration de la qualité](#) est un effort visant à orienter les rapports sur le

rendement, à rendre le système de santé plus transparent et plus responsable, et à promouvoir des soins intégrés axés sur le patient. Il constitue le fondement d'*À la hauteur*, le rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Les organismes de soins de santé peuvent utiliser les renseignements fournis dans le rapport *À la hauteur* et dans le rapport *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité* de Qualité des services de santé Ontario pour obtenir une meilleure compréhension de l'amélioration de la qualité selon le point de vue des organismes et celui de l'ensemble du système.

Les PAQ s'harmonisent également avec [La qualité ça compte](#), une initiative lancée par Qualité des services de santé Ontario en octobre 2015 qui fournit un nouveau cadre et une nouvelle vision relative au système de santé de qualité de l'Ontario. Cette initiative vise à réunir tous les intervenants du système de santé autour d'une même compréhension de la qualité des soins de santé et d'un ensemble de principes communs en vue d'orienter notre travail visant à améliorer la qualité en Ontario.

La préparation et le souci du détail nécessaires à l'élaboration de chaque PAQ témoignent des efforts impressionnants déployés par chaque organisme de soins de santé. Qualité des services de santé Ontario tient compte de ce travail en lisant attentivement chaque PAQ afin d'examiner et d'évaluer les données et les idées de changement fournies. Pour Qualité des services de santé Ontario, l'utilisation de PAQ pour mettre les progrès en évidence et cerner les secteurs à améliorer est une manière de travailler avec les 1 076 organismes de soins de santé des quatre secteurs pour transformer la qualité des soins au sein de l'ensemble du système de santé.

Qualité des services de santé Ontario espère que les conclusions de ce rapport éclaireront les décisions relatives à la qualité des soins destinés aux personnes soignées à domicile et encouragera la mise à l'essai de plus d'innovations.

Le présent rapport fait partie de la série continue *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité*. Il abordera les trois composantes des PAQ (document narratif, plan de travail et rapport d'étape) soumis par les CASC et mettra largement l'accent sur les leçons retenues par les CASC au cours de la dernière année. Il comprend des données quantitatives et qualitatives. Les données qualitatives sont présentées sous forme d'idées de changement et de profils d'organisme tirés de tous les indicateurs prioritaires. Les données quantitatives proviennent seulement des CASC qui ont choisi un indicateur en particulier et qui ont décidé de le mesurer selon la définition technique originale de Qualité des services de santé Ontario.

Introduction

Au cours de la dernière année, les centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario ont offert du soutien à plus de 653 000 personnes soignées à domicile et dans des milieux communautaires dans l'ensemble de la province. Les CASC travaillent en collaboration avec les patients, les familles, les fournisseurs de soins et les organismes communautaires pour veiller à ce que les patients reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin pour rester chez eux et dans leurs collectivités le plus longtemps possible. Ils jouent ainsi un rôle essentiel quant à la santé des patients en particulier, mais aussi à l'échelle de l'ensemble du système de soins de santé.

C'est la deuxième année que les CASC soumettent leur plan d'amélioration de la qualité (PAQ) et la première année qu'ils remplissent un rapport d'étape. Fondés sur les PAQ de l'année dernière, qui étaient principalement axés sur les efforts déployés par chaque organisme pour se familiariser avec les indicateurs prioritaires, les PAQ de cette année démontrent des stratégies innovantes d'amélioration de la qualité et illustrent les efforts déployés par les CASC en vue d'examiner les causes sous-jacentes des niveaux de rendement existants. Dans un esprit de progrès, les PAQ de cette année illustrent la manière dont les CASC collaborent pour passer de l'étape fondamentale qu'est la mise en place d'une analyse continue des données et la surveillance de la qualité à l'étape de la formulation d'initiatives d'amélioration à long terme.

Comme l'indiquent les [documents d'orientation des PAQ](#), les organismes de soins de santé sont invités à choisir les indicateurs prioritaires qui favoriseront des changements à grande échelle au sein du système. Cette année, la majorité des CASC ont choisi tous les indicateurs prioritaires; en outre, quatre

CASC ont choisi des indicateurs sur mesure selon les besoins locaux. Ces indicateurs sur mesure (ils ne sont pas analysés dans ce rapport) comprenaient le caractère opportun de la réévaluation des patients, la prise en compte des besoins des patients lors des rendez-vous, les ratios des revenus par rapport aux dépenses, l'engagement et l'expérience des employés, et l'atteinte des objectifs annuels de chaque organisme.

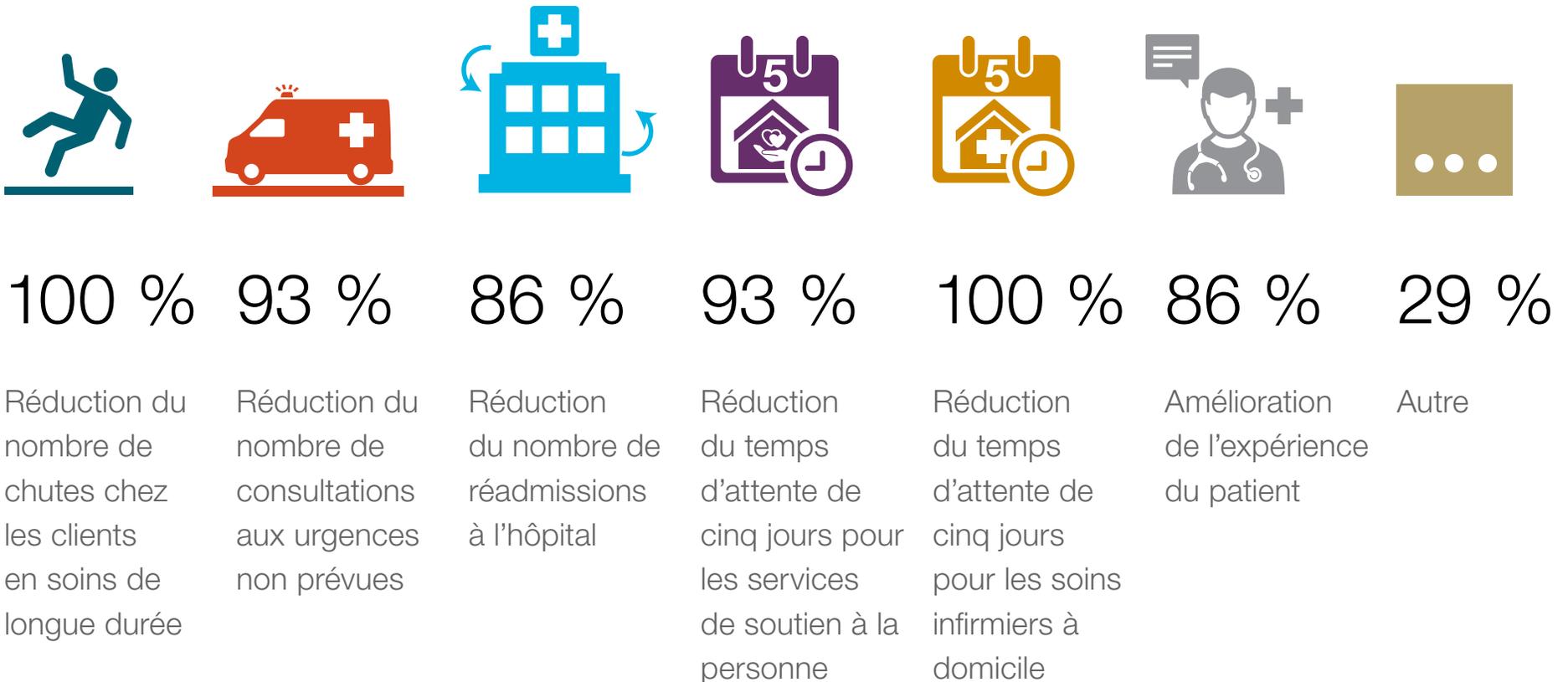
Le présent rapport portera essentiellement sur les six indicateurs prioritaires déterminés pour les CASC de l'Ontario :

- Réduction du nombre de chutes chez les clients en soins de longue durée
- Réduction du temps d'attente de cinq jours pour les visites du personnel infirmier
- Réduction du temps d'attente de cinq jours pour les services de soutien à la personne
- Réduction du nombre de consultations aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé
- Réduction du nombre de réadmissions non prévues à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé
- Amélioration de l'expérience du patient

Sélection des indicateurs du PAQ 2015-2016 par les CASC

Le graphique ci-dessous indique les pourcentages des CASC qui ont choisi chacun des indicateurs prioritaires et le pourcentage de ceux qui ont aussi décidé d'adopter des indicateurs sur mesure, indiqués dans la catégorie « autre ». Dans les cas où un indicateur prioritaire n'était pas sélectionné, les

justifications fournies démontraient que le CASC avait soit un rendement actuel élevé quant à cet indicateur soit qu'il avait décidé de concentrer ses efforts sur des indicateurs qui nécessitaient plus d'amélioration.



Tout au long de ce rapport, des graphiques indiquent les niveaux de rendement actuels et les cibles d'amélioration établies par chaque CASC. En plus de fournir une analyse quantitative des indicateurs, ce rapport souligne également les questions d'intérêt qui fournissent un contexte aux efforts d'amélioration des CASC à l'échelle de l'ensemble du système de soins de santé. Des observations clés complètent les résumés de haut niveau pour chaque indicateur.

En plus des observations principales tirées de chaque indicateur, certains thèmes globaux sont ressortis lors de l'analyse des PAQ des CASC par Qualité des services de santé Ontario.

- **De manière générale, les progrès étaient minimes :** Le rendement à l'égard des indicateurs prioritaires est resté stable et la plupart des CASC ont essentiellement maintenu le rendement actuel reflété par les données de 2014-2015. Certains CASC ont noté des améliorations quant au temps d'attente de cinq jours pour les soins à domicile et au nombre de consultations aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé. L'ensemble des 14 CASC se sont améliorés au titre d'au moins un des indicateurs prioritaires et sept d'entre eux ont noté une amélioration quant à trois indicateurs ou plus.
- **Les CASC élaborent plus de stratégies pour offrir du soutien aux patients ayant des besoins complexes :** L'acuité des besoins des patients était l'un des obstacles les plus fréquemment mentionnés par les CASC et bon nombre d'entre eux ont noté une augmentation du nombre de clients ayant des besoins complexes en matière de soins. Comme cette tendance devrait se poursuivre, de nombreux CASC mettent en œuvre des démarches pour augmenter leur capacité à soigner des patients qui souffrent d'une affection aiguë et pour travailler avec des organismes communautaires, lorsque cela s'avère pertinent, en vue de permettre la transition de patients présentant des affections de plus faible gravité aux organismes communautaires.
- **Les CASC investissent dans la formation du personnel :** Les CASC investissent également dans la formation de leur personnel sur le plan de l'amélioration de la qualité pour assurer l'optimisation des processus clés et veiller à ce que les soins soient axés sur l'amélioration de l'expérience des patients.
 - o Dans le CASC de Simcoe Nord Muskoka, un événement éducatif pour l'ensemble du personnel qui a été conçu en collaboration avec les familles visait à favoriser la participation directe des familles et les réflexions sur leur expérience en matière de soins ainsi que sur leurs valeurs relatives à la prestation de soins.
 - o Le CASC de Champlain a mis en œuvre des programmes de formation et d'éducation avec les organismes fournisseurs de services pour sensibiliser les clients à la prévention des chutes.
 - o Le CASC d'Érié St-Clair a utilisé une évaluation de la préparation organisationnelle de l'Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC) pour élaborer un plan d'action.
 - o Le CASC du Nord-Est a élaboré un module éducatif pour aider le personnel à faire participer les patients, les membres de la famille et les autres personnes à des conversations délicates à propos des changements des besoins en matière de soins de santé et d'autres sujets.
- **Les CASC intègrent les maillons santé aux activités de leur PAQ :** Mentionnés par 10 CASC sur 14, les maillons santé font partie des projets d'amélioration des soins intégrés fréquemment cités. D'ailleurs, cinq de ces 10 CASC ont cité les maillons santé comme moyen de soutenir l'amélioration dans leur plan de travail.
- **Les CASC partagent des données afin de favoriser l'amélioration :** Le partage de données entre les CASC et entre les secteurs devient plus fréquent, ce qui contribue à la fluidité des transitions de soins et à des améliorations ciblées de la prestation de soins intégrés. Voici quelques exemples :

- o Le CASC du Centre a récemment mis en œuvre de nouveaux outils du tableau de bord pour offrir aux dirigeants un accès facile et rapide aux principales données sur le rendement, notamment aux données des PAQ, aux mesures équilibrées du tableau de bord et aux principales données statistiques et financières.
 - o Le CASC d'Érié St-Clair élabore un moyen sécuritaire pour partager des renseignements entre les CASC, les hôpitaux et les partenaires communautaires.
 - o Le CASC du Nord-Ouest a également mis en œuvre un portail communautaire sur la santé pour faciliter l'échange de renseignements en permettant aux fournisseurs de services d'accéder à certaines sections des dossiers des clients partagés.
- **Les CASC intègrent les troubles mentaux et les problèmes de dépendances dans leur PAQ :** Les CASC accordent de plus en plus d'attention aux troubles mentaux et aux dépendances. De nombreux PAQ ont mis en lumière le travail qu'effectuent les CASC avec les écoles locales afin d'élaborer des programmes de santé mentale pour les enfants d'âge scolaire ainsi que d'autres programmes communautaires visant à offrir des interventions précoces.
 - **Un grand nombre de CASC unissent leurs efforts et travaillent de concert à l'amélioration de la qualité, à l'expérience et à la sécurité des patients :** À titre d'exemple, le CASC du Centre-Ouest, le Headwaters Health Care Centre et le William Osler Health System se sont engagés en 2014 à travailler à un partenariat novateur qui a donné lieu à une démarche intégrée axée sur la qualité. Au départ, le partenariat mettait l'accent sur l'intégration de fonctions de soutien non cliniques, comme l'administration. Cette démarche visait à favoriser de nouveaux partenariats en tant que catalyseurs de la collaboration, permettant aux trois organismes d'examiner des possibilités d'investissement conjoint et de planification au niveau du système.

Depuis lors, ce partenariat a évolué et les trois organismes collaborent à la présentation d'une section narrative commune de leur PAQ 2015-2016. Ils tiennent désormais régulièrement des réunions et des séances de planification pour examiner des initiatives. À titre d'exemples de leurs récents travaux, mentionnons les efforts concentrés sur la réduction des chutes et des réadmissions à l'hôpital. Le personnel du CASC du Centre-Ouest a déjà remarqué que les obstacles à la « communication » semblent avoir diminué et que le personnel des trois organismes collabore davantage afin d'améliorer les soins prodigués à leurs patients.

Ces observations et d'autres seront traitées tout au long du présent rapport dont la structure est la suivante : les indicateurs prioritaires exposés en détail ci-dessus sont divisés en trois chapitres, selon la nature des efforts d'amélioration qu'ils requièrent. Certains indicateurs, comme la réduction des chutes ou du temps d'attente de cinq jours, nécessitent des améliorations propres au secteur ou dictées par l'organisme – un travail qui s'accomplit au sein d'un seul organisme. Ces indicateurs seront examinés dans ce premier chapitre. D'autres, comme la réduction des réadmissions et des consultations aux urgences, sont traités plus efficacement lorsque les secteurs collaborent et vont au-delà des limites de leur propre organisme pour travailler avec les autres, tant au sein de leur secteur que dans l'ensemble du continuum de soins. Le deuxième chapitre se penchera sur ces indicateurs. Compte tenu du rôle de plus en plus important que jouent la participation et l'expérience des patients dans l'amélioration de la qualité, ces deux sujets sont étudiés plus en détail au troisième chapitre. Le chapitre de conclusion partage des réflexions sur l'ensemble des PAQ ainsi que sur d'autres grands thèmes soulignés pendant l'analyse qu'a effectuée Qualité des services de santé Ontario.

Chapitre 1

Œuvrer au sein du secteur : Progrès propres au secteur réalisés à l'égard d'indicateurs prioritaires

Le présent chapitre examine les efforts individuels que déploient les CASC afin d'améliorer trois indicateurs prioritaires qui nécessitent des activités d'amélioration propres au secteur. Ces indicateurs comprennent les chutes chez les clients en soins de longue durée, le temps d'attente de cinq jours pour les soins infirmiers et le temps d'attente de cinq jours pour les services de soutien à la personne (patients ayant des besoins complexes).

INDICATEUR : CHUTES CHEZ LES CLIENTS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients adultes en soins de longue durée à domicile qui ont fait au moins une chute dans les 90 derniers jours suivant une évaluation RAI-HC. L'[outil Instrument d'évaluation des résidents – services à domicile \(RAI-HC\)](#) assure une évaluation normalisée qui permet de cerner les besoins des patients adultes dans les hôpitaux et les établissements communautaires.

Comprendre cet indicateur : Les chutes peuvent être symptomatiques de risques pour la sécurité à domicile ou du déclin fonctionnel d'un patient, d'une réaction à un médicament, de délire, d'infections ou d'autres affectionsⁱ. De nombreux CASC ont constaté un accroissement de la complexité de l'état de santé des patients qu'ils perçoivent comme un défi dans l'atteinte de leurs cibles quant aux chutes et, par conséquent, mettent en place des stratégies d'atténuation, y compris la mise en œuvre de bilans comparatifs des médicaments pour les patients ayant des besoins complexes. Les efforts coordonnés visant à réduire les chutes sont importants lorsqu'on tient compte

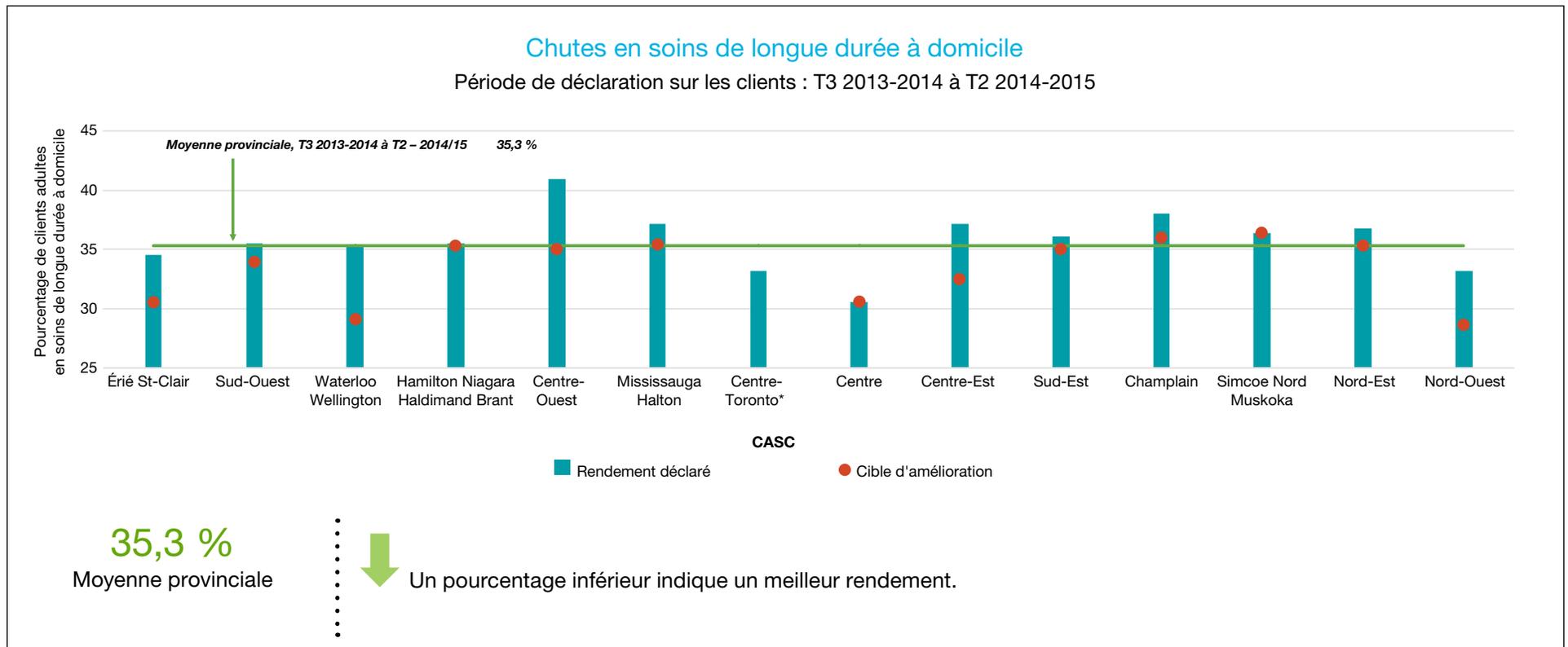
des récentes conclusions de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (2013), à savoir que 56 % des événements indésirables chez les patients soignés à domicile sont considérés comme évitables, la majorité d'entre eux étant des chutes, des infections ou des incidents liés aux médicaments. On a également jugé que ces événements ont une incidence négative sur l'ensemble du système; 91,4 % d'entre eux étant associés à une utilisation accrue des ressources de soins de santéⁱⁱ. En outre, il a été démontré que les patients recevant des soins à domicile qui font une chute courent souvent plus de risques d'en faire d'autresⁱⁱⁱ.

Analyser cet indicateur : Les 14 CASC ont tous choisi cet indicateur. Douze ont établi des cibles d'amélioration de leur rendement et deux de maintien de leur rendement actuel.

- Moyenne provinciale : 35,3 % des patients ont déjà fait au moins une chute.
- Plage de rendement actuel : 30,6 % à 40,9 %.
- Plage de cibles choisies : 0 % à 36,4 % (moyenne : 31,0 %).

Le tableau ci-dessous fournit le taux de chute non rajusté au sein de chacun des CASC. Il montre la moyenne provinciale pour l'indicateur, le rendement actuel du CASC (telle qu'elle est indiquée dans leur PAQ 2015-2016) et la cible que chaque CASC espère atteindre en 2015-2016.

Remarques à propos de ce graphique : Bien que le CASC du Centre-Toronto travaille actuellement à cet indicateur, il n'a choisi aucune cible pour l'exercice en cours. Parmi les CASC qui travaillent à cet indicateur, deux ont choisi une cible de maintien de leur rendement actuel, mais les autres une cible d'amélioration. De ce dernier groupe, les CASC de Waterloo Wellington, du Nord-Ouest et du Centre-Ouest ont établi les cibles les plus ambitieuses.



Progrès réalisés à l'égard de cet indicateur : Neuf CASC, qui ont mesuré leurs données de la même façon en 2014-2015 et en 2015-2016, ont continué de signaler avoir de la difficulté à atteindre leurs cibles. Bon nombre d'entre eux attribuent la complexité accrue des populations de patients à la difficulté d'atteindre la cible choisie. Les taux de chutes peuvent également être difficiles à gérer dans un environnement qui n'est pas contrôlé, comme celui du domicile d'une personne. Afin d'améliorer ces taux, de nombreux CASC mettent l'accent sur des interventions ciblées pour les patients ayant des besoins complexes.

Voici quelques exemples d'idées novatrices que les CASC ont mises en œuvre, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Adapter les interventions (p. ex., la physiothérapie, les cheminements d'ergothérapie et les outils d'aide à la prise de décision qui favorisent l'adoption précoce de ces thérapies) à l'environnement des patients, pour ceux qui ont déjà fait une chute.
- Lancer un programme de prévention des chutes particulier pour les patients qui présentent des risques élevés, comme l'aiguillage vers des cliniques mobiles de prévention des chutes, des programmes d'exercices et l'élaboration de plans de soins individualisés pour réduire les chutes.
- Collaborer avec des coordonnateurs de prévention des chutes.
- Avoir recours à des outils d'évaluation des risques de chutes et à des comptes rendus sur les soins pour déterminer les patients à risque de faire une chute.
 - o Les CASC du Centre-Est et du Centre-Ouest ont déclaré utiliser ces méthodes pour aider à prévenir les chutes répétées.
- Gérer les médicaments, à l'aide de programmes de pharmacies communautaires comme les Services de soutien à la gestion des médicaments et Meds Check.
 - o Plusieurs CASC avaient l'intention d'élargir la capacité des examens en matière de médicaments, toutefois cette stratégie a été abandonnée en raison de ressources insuffisantes. De nombreux CASC reviendront sur cette idée de changement l'an prochain;
 - o Le CASC du Centre-Est a expérimenté l'utilisation du Programme de personnel infirmier d'intervention rapide pour mettre l'accent sur le bilan comparatif des médicaments pour les patients présentant un risque élevé.
- Fournir une formation et des messages cohérents aux patients/fournisseurs de soins.
 - o Le CASC de Champlain a commencé à mobiliser les patients et à inclure leurs points de vue dans le cadre de sa formation en leur posant la question suivante : « Quelle est votre définition de la sécurité? »
 - o Le CASC du Centre-Est a signalé la nécessité de fournir aux patients une formation plus cohérente sur la prévention des chutes, comme des programmes de prévention des chutes offerts dans la collectivité, ainsi que des fournisseurs de formation et des coordonnateurs de soins pour reconnaître les patients qui pourraient bénéficier d'évaluations de la sécurité à domicile.
- Déterminer les ressources clés pour susciter la participation du personnel et le former aux pratiques exemplaires et aux plus récentes lignes directrices, y compris les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour la prévention des chutes de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, qui ont été mentionnées dans plusieurs PAQ.

- Améliorer la communication entre le personnel du CASC et les organismes fournisseurs de services en ce qui a trait à l'évaluation/réévaluation des patients.
 - o Le CASC de Champlain forme des coordonnateurs de soins régionaux et des coordonnateurs de soins initiaux sur les programmes de prévention des chutes à l'aide d'un module d'apprentissage en ligne, et signale un taux de conformité de 98 %;
 - o Le CASC du Nord-Est a soutenu 81,6 % des membres du personnel de coordination des soins et des services cliniques qui a suivi le module en ligne sur la prévention des chutes, augmentant ainsi leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine.

★ Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui expérimente actuellement un nouveau changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

CASC du Sud-Est :

Le CASC effectue des évaluations des chutes tous les trois à six mois, mais signale que des évaluations mensuelles peuvent être bénéfiques. « Un protocole normalisé a été mis en œuvre auprès des patients ayant des besoins complexes qui ont été identifiés comme présentant un risque élevé de chutes. Le protocole, qui comprend un suivi du patient par le coordonnateur de soins dans les 30 jours et les 60 jours suivant une réévaluation, a été mis en œuvre

auprès de 29 patients ayant des besoins complexes [...] Le nombre de patients jusqu'à maintenant est peu élevé, mais les premières données suggèrent que le suivi auprès de ces patients 30 jours après leur réévaluation est essentiel pour appuyer un plan de prévention des chutes durable. Douze patients ont fait l'objet d'une réévaluation au bout de six mois, et huit ont déclaré avoir chuté moins souvent depuis leur dernière évaluation [...] Cela nous a incités à élargir le déploiement du protocole en matière de chutes à tous les patients ayant des besoins complexes, à renforcer l'accent sur le suivi dans les 30 jours, à l'appliquer à une autre population et à continuer de surveiller de près les chutes. »

Améliorer cet indicateur : De nombreux CASC ont reconnu la complexité croissante des besoins de leurs patients et en quoi elle risque d'avoir une incidence sur les chutes. Ils ont fait remarquer que l'amélioration de cet indicateur peut être très longue et que les gains immédiats risquent de ne pas toujours être évidents quant au progrès accompli d'une année à l'autre. De nombreux CASC travaillent encore aux idées de changement de l'année dernière. Afin de mieux mesurer les progrès accomplis, beaucoup ont suggéré la création de sous-groupes de patients pour évaluer les chutes en fonction de l'état de santé des patients. Un grand nombre de CASC collaborent également avec leur association afin d'améliorer la production de rapports destinés au système de renseignements concernant la santé du client, de sorte qu'ils puissent assurer un meilleur suivi des chutes au sein de leur population et prendre les mesures nécessaires pour se préparer à une augmentation des patients présentant un risque.

INDICATEURS : TEMPS D'ATTENTE DE CINQ JOURS POUR LES SOINS À DOMICILE : VISITES DU PERSONNEL INFIRMIER ET VISITES D'UN PRÉPOSÉ AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE

À propos de ces indicateurs : Les CASC évaluent les temps d'attente pour les services de soins à domicile à l'aide de deux indicateurs prioritaires qui permettent de mesurer les visites aux patients. Le premier indicateur mesure le temps d'attente de tout patient pour recevoir une première visite du personnel infirmier. Le deuxième indicateur mesure le temps d'attente des patients ayant des besoins complexes pour recevoir une première visite d'un préposé aux services de soutien à la personne.

Chaque indicateur mesure le pourcentage de patients qui reçoivent leur première visite du personnel infirmier ou d'un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) dans les cinq jours suivant l'autorisation de leurs services par le CASC. Le temps d'attente de cinq jours pour l'indicateur de visites d'un PSSP ne tient compte que des patients ayant des besoins complexes, lesquels comprennent ceux souffrant d'un ou de plusieurs problèmes de santé ou de maladies chroniques qui nécessitent un niveau élevé de soins pour pouvoir vivre chez eux.

Comprendre ces indicateurs : Obtenir des soins en temps opportun peut constituer un défi pour les patients qui se trouvent à différents stades de leur parcours de soins de santé. Les conséquences du délai d'accès aux soins infirmiers ou aux services de soutien à la personne peuvent comprendre une confusion accrue et du stress pour les patients et les personnes soignantes ainsi que de nouvelles hospitalisations potentielles. Par conséquent, il est important de recevoir des soins dans les cinq jours pour maintenir la continuité des soins, faciliter la réadaptation des malades et cerner la détérioration. Dans certains cas, cependant, les délais sont jugés acceptables (comme les choix des patients ou le besoin clinique de consulter à une date ultérieure).

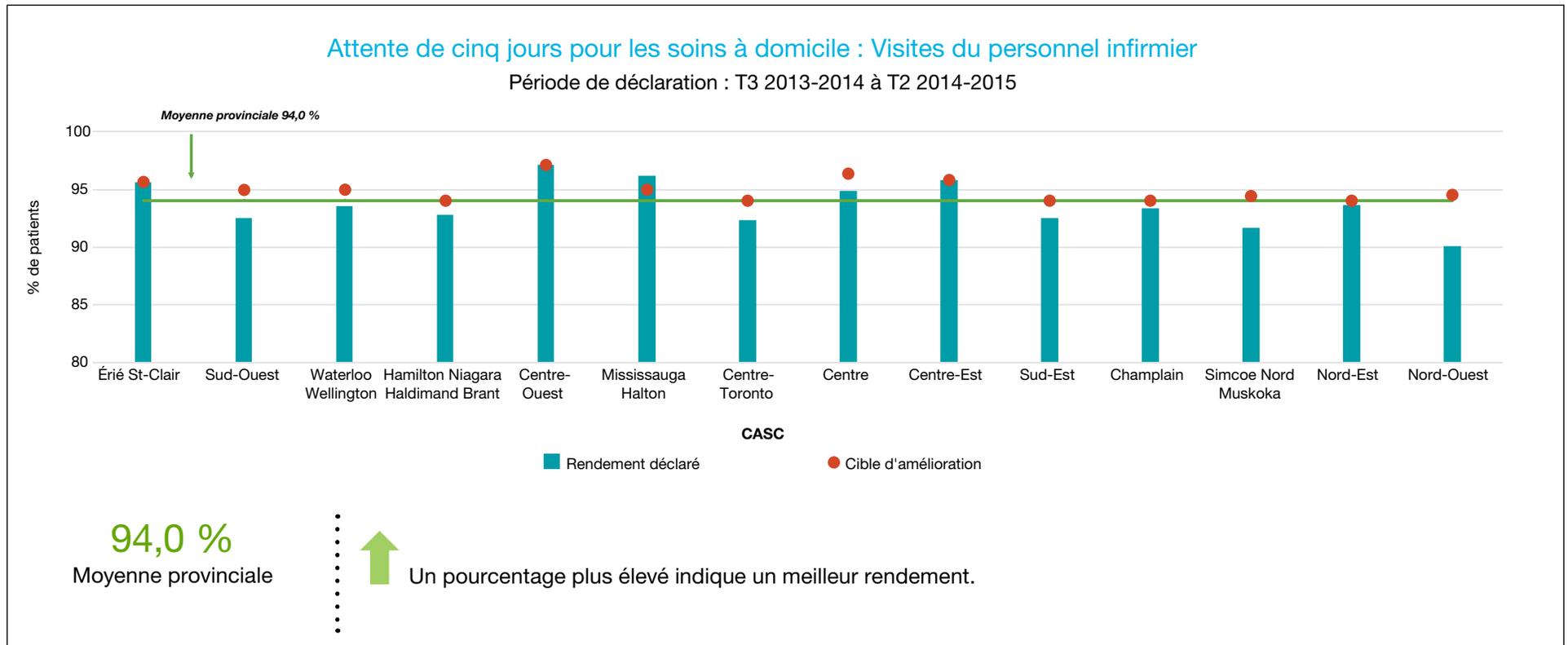
Étant donné que ces indicateurs ont été présentés pour la première fois au secteur l'année dernière, les CASC ont dû concevoir des façons de mesurer avec précision les temps d'attente et de comprendre les facteurs susceptibles d'y contribuer. À l'heure actuelle, aucune cible provinciale n'a encore été établie. En janvier 2015, des mesures ont été prises pour permettre aux CASC d'assurer un meilleur suivi des indicateurs et des raisons des délais.

Analyser ces indicateurs : Des 14 CASC qui ont choisi l'indicateur de visites du personnel infirmier (en utilisant la définition originale), dix ont établi des cibles d'amélioration, trois des cibles de maintien du rendement actuel et une cible inférieure au rendement actuel. (Cette cible était très près de son rendement actuel et le CASC a affirmé qu'il continuerait d'assurer une surveillance serrée s'il devait se retrouver en deçà des cibles actuelles.)

Des 13 CASC qui ont choisi l'indicateur de PSSP (en utilisant la définition originale), huit ont établi des cibles d'amélioration, quatre des cibles de maintien du rendement actuel et une cible régressive près de son niveau de rendement actuel.

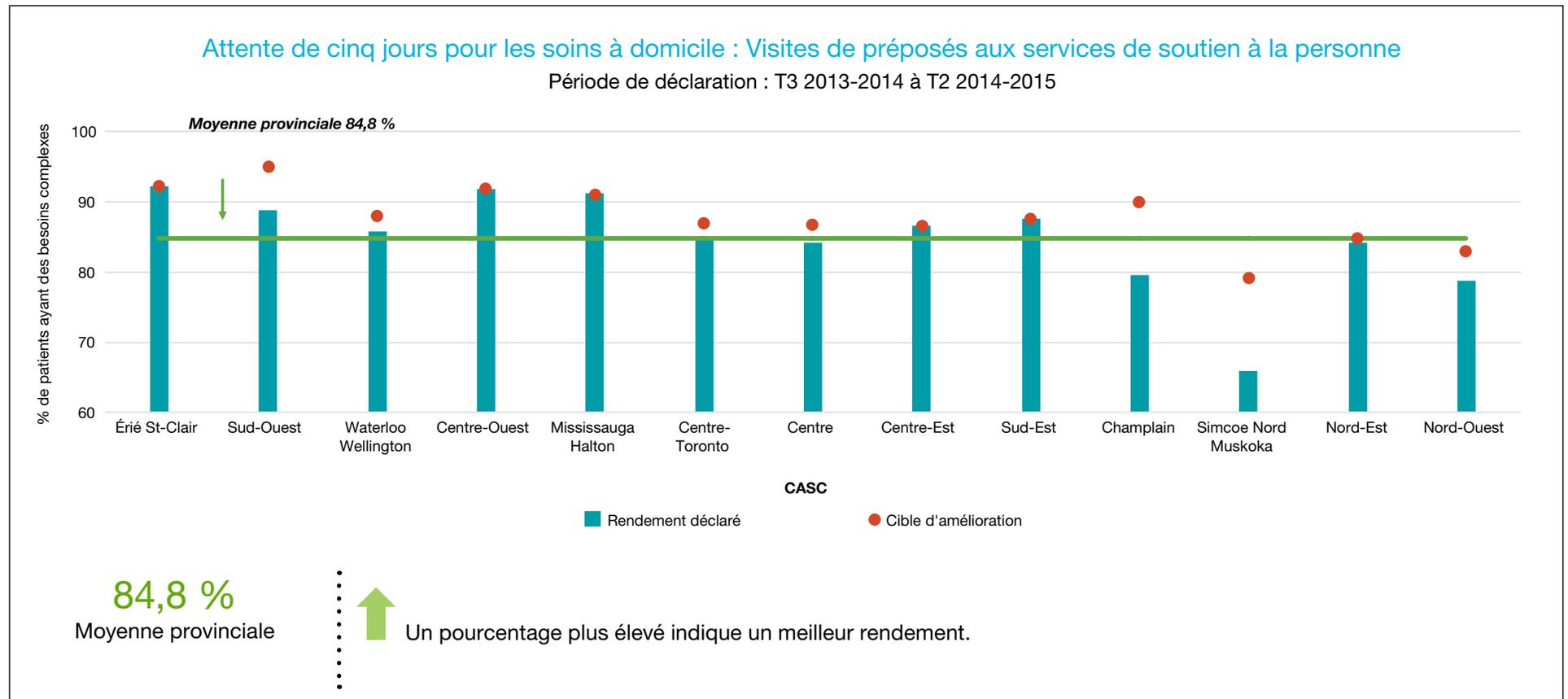
Visites du personnel infirmier	Visites d'un PSSP
Moyenne provinciale : 94 % des patients ont reçu leur première visite du personnel infirmier dans un délai de cinq jours.	Moyenne provinciale : 84,8 % des patients ont reçu leur première visite d'un PSSP dans un délai de cinq jours.
Plage de rendement actuel : 90,1 % à 97,1 %.	Plage de rendement actuel : 65,8 % à 92,3 %.
Plage de cibles choisies : 94 % à 97,1 % (moyenne : 94,9 %).	Plage de cibles choisies : 79,1 % à 95 % (moyenne : 87,9 %).

Remarques à propos de ce graphique : Les progrès prévus concernant cet indicateur semblent assez uniformes. Le rendement actuel pour tous les organismes est supérieur à 90 %. Le CASC du Nord-Ouest a la plus grande cible élargie entre son rendement actuel et sa cible d'amélioration (4,9 %).



Remarques à propos de ce graphique : Il serait possible de diminuer les temps d'attente pour les services d'un PSSP. Actuellement, 5 des 14 CASC indiquent que moins de 84,8 % des clients ont accès aux soins d'un PSSP dans un délai de cinq jours. Le CASC de Simcoe Nord Muskoka rapporte la plus grande cible élargie. Tous les CASC ont rapporté de la variabilité en raison de la disponibilité des PSSP et de la distance à parcourir. Le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant n'est pas inclus, car il n'a pas choisi cet indicateur dans son PAQ pour 2015-2016.

Progrès réalisés à l'égard de ces indicateurs : Parmi les CASC qui ont mesuré ces indicateurs de la même façon en 2014-2015 et en 2015-2016, trois sur sept ont atteint leur objectif pour les visites du personnel infirmier; deux sur trois ont démontré une amélioration quant à leurs objectifs pour les visites de PSSP, dont un qui s'est amélioré de 6,0 % par rapport à son rendement antérieur.



Voici quelques exemples d'idées novatrices mises en place par les CASC et présentées dans leurs rapports d'étape.

- Partager les renseignements sur les patients grâce à une technologie améliorée afin de contribuer à la planification de soins coordonnés en temps opportun avec les partenaires du système de santé. Cela comprend l'intégration continue des technologies de données cliniques pour la planification de soins partagés.
 - o Le CASC de Mississauga Halton continue de travailler avec ses organismes fournisseurs de services en vue d'accroître l'adoption et l'utilisation des portails des technologies de l'information (dossier d'évaluation intégrée, ConnexionRGT, et le portail REACH) « comme un moyen pouvant aider à offrir des services aux patients encore plus rapidement ».
- Déterminer les raisons qui expliquent pourquoi certains cas ne sont pas vus dans la période de cinq jours fera en sorte que les plans d'amélioration ciblée pourront s'attaquer aux causes sous-jacentes.
 - o Le CASC de Champlain a mis en place une composante d'offre automatique dans le système CHRIS (*Client Health and Related Information System*) pour rejoindre les organismes « afin de réduire le travail manuel nécessaire dans l'ancien processus, de réduire le risque d'offres en retard ou en double et d'erreurs, et pour réduire le temps requis pour remplir les plans de soins pour les clients ayant des besoins complexes. Pour les autres organismes qui mettent en place l'offre automatique, il est conseillé de fournir de multiples avenues de formation et de communications sur le processus ». En définitive, cette amélioration au processus pourrait réduire les temps d'attente pour les premières visites du personnel infirmier ou des PSSP.
- Fournir des mises à jour régulières au personnel du CASC et aux organismes fournisseurs de services sur le rendement actuel pour ces deux indicateurs.
 - o Le CASC de Champlain a déclaré dans son PAQ qu'il est essentiel d'accroître la sensibilisation du personnel et des fournisseurs de services au sujet des deux indicateurs afin d'uniformiser la mise en œuvre.

★ **Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui expérimente actuellement un nouveau changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.**

CASC de Simcoe Nord Muskoka

Ce CASC éprouvait des difficultés au sujet des temps d'attente pour les services de soutien à la personne, qui étaient en deçà de la moyenne provinciale. Cependant, ils ont réussi à améliorer de 6,0 % le temps d'attente pour les services de soutien à la personne, se rapprochant ainsi de la moyenne provinciale de 2014-2015 qui était de 83 %. Les données déclarées par le CASC pour juin 2015 démontrent que leurs efforts rapportent, en partie grâce à la mise en œuvre des idées de changements suivantes, car leur taux actuel atteint environ 82 %.

- Notifier aux agences qui offrent du soutien personnel (émission de l'offre de service) que la première visite doit être effectuée dans les cinq jours ou moins à partir de la date de l'offre, pour les patients ayant des besoins complexes.
 - o Bien que l'idée de changement a eu un résultat positif, une vérification sur les pratiques a souligné la nécessité d'accroître la formation du personnel afin de réduire la variation de l'adoption de cette pratique.

« Des suivis officiels après les formations et les communications sur cette initiative de changement se sont avérés essentiels pour maintenir la confiance dans l'adoption de cette nouvelle pratique ».
- Charger le formulaire d'autorisation de service avec la date d'autorisation de service (la date à laquelle le formulaire est signé et verrouillé).
 - o « Cette idée de changement est réalisée et [l'organisme] continue de vérifier ce processus. Les résultats en date du T3 montrent **qu'il s'agit d'un changement réussi qui a entraîné des répercussions positives sur les résultats concernant les temps d'attente globaux** ».
- S'assurer que les offres de service pour tous les patients ayant des besoins complexes nécessitant des visites de préposés aux services de soutien à la personne sont des offres directes (pas de liste d'attente).
 - o Cette idée de changement est toujours en cours et fera l'objet d'un suivi pendant la prochaine année.

Faire progresser ces indicateurs : De nombreux CASC passent à la prochaine étape pour améliorer ces deux indicateurs en allant plus loin que la détermination des causes fondamentales et des cas particuliers puisqu'ils reconçoivent complètement leurs processus d'offre de service. Certaines idées de changement incluent l'intégration des plans de soins avec les hôpitaux pour obtenir des notifications de congé dans les 24 heures et le suivi des temps d'attente des organismes fournisseurs de services. Par exemple, le CASC du Sud-Ouest envisage d'évaluer un nouvel outil de saisie du moment du début des services au cours de l'année prochaine. Ainsi, nombre de CASC renoncent aux solutions rapides afin d'obtenir des gains à long terme.

Chapitre 2

Communiquer et travailler ensemble : Améliorations intersectorielles des indicateurs prioritaires

Ce chapitre examine deux indicateurs, les consultations aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé et les réadmissions de manière imprévue à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé, qui peuvent être réduits par la collaboration des organismes de tous les secteurs. Il examine également comment des organismes précis communiquent entre eux et travaillent en collaboration pour améliorer les soins grâce à des services intégrés.

INDICATEUR : CONSULTATIONS AUX URGENCES NON PRÉVUES DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA DATE DE CONGÉ

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage de clients soignés à domicile qui doivent consulter le service des urgences pour une urgence moyenne imprévue dans les 30 jours suivant la date de leur congé de l'hôpital. Une consultation imprévue pour une urgence moyenne se définit comme un patient qui a une consultation de niveau quatre ou cinq selon l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) sans être admis à l'hôpital.

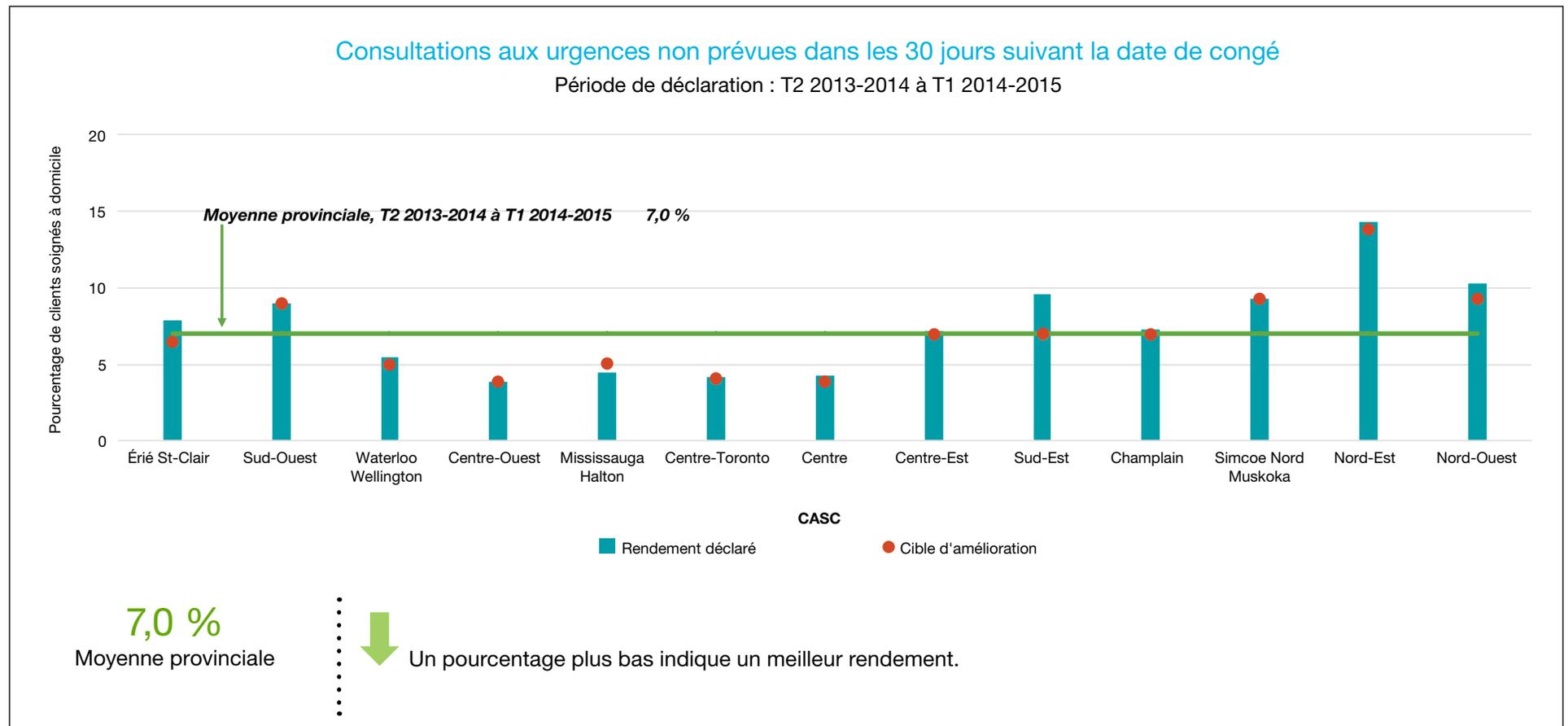
Comprendre cet indicateur : Idéalement, les personnes qui vivent à domicile et sont soignées par un CASC devraient continuer d'être traitées dans la collectivité pour des affections mineures ou chroniques afin de promouvoir la continuité des soins tout en évitant des coûts plus élevés, en réduisant la congestion aux SU et en améliorant le flux des patients. En diminuant le nombre de consultations aux SU non prévues, les CASC améliorent l'intégration à la grandeur du système entre les collectivités et les organismes de soins actifs.

Analyser cet indicateur : Des 13 CASC qui ont choisi cet indicateur, neuf ont établi des cibles d'amélioration, trois des cibles de maintien du rendement actuel et un une cible inférieure à son niveau de rendement actuel (régressive). Le CASC qui a omis cet indicateur a déclaré l'avoir omis puisque son rendement actuel est supérieur à la moyenne provinciale.

- Moyenne provinciale : 7,0 % des patients ont eu une consultation aux SU non prévue suivant leur congé
- Plage de rendement actuel : 3,8 % à 14,3 %
- Plage de cibles choisies : 3,8% à 13,8 % (moyenne de 7,0 %)

Le graphique ci-dessous montre le rendement actuel des 13 CASC (comme indiqué dans leur PAQ pour 2015-2016) et leurs cibles pour 2015-2016. Le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant n'est pas inclus, car il n'a pas choisi cet indicateur dans son PAQ pour 2015-2016.

Remarques à propos de ce graphique : Tous les CASC, à l'exception d'un seul, ont déclaré des données sur cet indicateur dans leur plan de travail. Le pourcentage de clients qui ont eu des consultations imprévues pour des urgences moyennes est déjà égal ou inférieur à la moyenne provinciale pour cinq des treize CASC. La moyenne provinciale est de 7,0 %. Dans le CASC du Nord-Est, le rendement actuel est le double de la moyenne provinciale. Il a néanmoins établi une cible d'amélioration modeste.



Progrès réalisés à l'égard de cet indicateur : La progression sur deux années montre que seulement trois CASC ont mesuré cet indicateur de la même façon en 2014-2015 et en 2015-2016. De ces trois CASC, tous ont noté des améliorations et deux (CASC de Champlain et du Nord-Ouest) ont dépassé leurs cibles.

Les exemples suivants soulignent des idées novatrices que les CASC ont mises en place, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Assurer la satisfaction des besoins des clients grâce à des évaluations régulières et continues de l'état des clients.
 - o Le CASC de Champlain a mis en place un outil de « changement de l'état » destiné aux organismes fournisseurs de services pour favoriser l'uniformité au sein des fournisseurs et de la région.
- La mise en œuvre d'un avis électronique qui permet aux CASC de faire le suivi des visites aux SU des patients et de leurs raisons. Cet effort permet aux CASC de cerner les raisons les plus courantes et de combler les lacunes.
- Offrir des programmes d'aide à la vie autonome afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées présentant un risque élevé.
 - o Le CASC du Centre-Est travaille en partenariat avec le service de soutien communautaire d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées présentant un risque élevé afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées qui ont besoin d'un préposé aux services de soutien à la personne, de services d'aide aux tâches ménagères, de vérification de sécurité et de rassurance en tout temps. Ce programme permet une plus grande souplesse dans les soins pour les personnes âgées dont les besoins sont davantage comblés à l'extérieur d'un « modèle de visite prévue ».
- Partager des données avec d'autres fournisseurs de soins pour déterminer les facteurs communs qui contribuent aux visites aux SU et y répondre.
 - o Nombre de CASC ont réalisé des progrès grâce à des programmes ciblés pour réduire les facteurs communs qui contribuent aux visites aux SU.
 - o Le CASC du Centre-Ouest, le plus performant pour ce paramètre, a également souligné la valeur de l'intégration des services avec les organismes de soins primaires et actifs.
- Fournir des services additionnels pour les patients présentant un risque élevé par le recours aux programmes de personnel infirmier d'intervention rapide.
 - o La moitié des CASC ont expressément mentionné le succès de ces programmes.
 - o La plupart des programmes de personnel infirmier d'intervention rapide dans ces CASC ciblaient les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (ICC), deux affections associées au plus grand nombre de visites aux SU^{iv}. Des plans sont en place afin d'élargir ces programmes à d'autres populations à incidence élevée. Ainsi, certains CASC indiquent que leur prochaine cible sera leur catégorie de personnes âgées « chroniques ».

- o Relier les coordonnateurs des soins des CASC aux médecins de soins primaires (qui ne font pas toujours partie d'un centre de santé communautaire ou d'une équipe de santé familiale) et communiquer avec eux pour fournir des soins à domicile coordonnés et durables et des pratiques interprofessionnelles. Par exemple, au début de 2014, le CASC de Waterloo Wellington a établi un partenariat pour créer trois nouvelles équipes multidisciplinaires afin d'aider les fournisseurs de soins primaires qui n'ont pas accès à un CSC ou à une ESF. Ces équipes comprennent un pharmacien, un coordonnateur des soins, un infirmier praticien, des intervenants en santé mentale et en toxicomanie, et des travailleurs effectuant de la sensibilisation. Les commentaires du rapport d'étape indiquent que les équipes ont élaboré des plans de soins coordonnés et ont considérablement réduit les consultations aux SU et les admissions dans les hôpitaux.

★ **Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui expérimente actuellement un nouveau changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.**

CASC de Champlain

Ce CASC est celui qui a réalisé le plus de progrès à l'égard de cet indicateur au cours de la dernière année, celui-ci étant passé de 9,1 % à 7,3 %, ce qui représente une amélioration de 19,8 %. Le CASC a partagé des données avec L'Hôpital d'Ottawa pour déterminer les facteurs contribuant aux consultations non prévues. Le CASC et les organismes fournisseurs de services de la région ont élaboré et utilisé un outil permettant de déterminer les changements d'état des clients (ce qui a une incidence importante). Il y a eu une amélioration de la transmission des renseignements sur les clients aux médecins de soins primaires et une amélioration quant au pourcentage de clients ayant reçu la visite d'un membre du personnel infirmier d'intervention rapide dans les 24 heures suivant leur congé. Le CASC de Champlain espère atteindre la moyenne provinciale de 7,0 % en 2015-2016. Selon le CASC de Champlain, la collaboration avec d'autres organismes du secteur de la santé, qui figure parmi d'autres initiatives, a aidé à réduire le nombre de consultations aux urgences non prévues. « La collaboration entre les intervenants comme L'Hôpital d'Ottawa, les organismes fournisseurs de services et les organismes de soins primaires a entraîné des améliorations relatives à l'admission de clients soignés à domicile dans les hôpitaux. »

Conversations intersectorielles : Afin de favoriser l'intégration du système, les exemples de haut niveau suivants illustrent la manière dont les organismes travaillent ensemble d'un secteur à l'autre en vue d'améliorer la qualité.

- Tous les CASC travaillent en partenariat avec le personnel infirmier des conseils scolaires de leur district local pour mettre l'accent sur les interventions précoces auprès des élèves ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance. Ils travaillent avec le programme d'affectation du personnel infirmier aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour cerner les problèmes et réagir rapidement. Les CASC du Centre et du Centre-Est ont intégré leur travail avec ce programme dans leur PAQ. L'objectif du CASC du Centre est d'offrir des services à 620 élèves grâce à ce programme.
- Le CASC du Centre établit des partenariats avec les maillons santé et d'autres initiatives d'intégration des soins primaires pour former des équipes de soins interdisciplinaires. Le CASC du Centre améliore la planification des soins prodigués aux patients ayant des besoins complexes au moyen d'une coordination intensive des soins, d'une navigation au sein du système complet et d'une prestation de services cliniques fondée sur des données probantes pour assurer un accès rapide aux soins et des délais plus courts. « Nos coordonnateurs de soins s'assurent que les patients des maillons santé ont un médecin de soins primaires et travaillent en étroite collaboration avec le principal médecin responsable pour mettre au point un plan de soins coordonné... Au cours de la dernière année, nous avons établi des liens avec les équipes de santé familiale (ESF), les centres de santé communautaire (CSC) et les praticiens travaillant seuls. La communication avec les médecins a été officialisée au moyen de lettres de présentation, de lettres de confirmation des services et de rapports sur les patients. » « **En 2015-2016,**

notre but consiste à augmenter le pourcentage de médecins de soins primaires en lien avec un coordonnateur de soins désigné en le faisant passer de 29 à 50 %. Le but de l'amélioration de l'accès des médecins à un coordonnateur de soins du CASC est d'améliorer la communication et la planification des soins pour les patients communs. »

Améliorer cet indicateur : Cette année, la planification, l'intégration des services et la participation des patients faisaient partie des priorités relatives aux efforts continus des CASC visant à réduire le nombre de consultations imprévues aux SU. Cela est illustré plus particulièrement par les initiatives de collaboration entre les CASC, les maillons santé et les organismes de soins primaires. L'élargissement et la réussite des notifications d'alerte électroniques et des programmes de personnel infirmier d'intervention rapide continueront d'être évalués.

Les CASC, tout comme d'autres secteurs, mettent à l'essai des moyens de reconnaître les patients qui présentent un risque de consultation imprévue aux SU. Dans leur PAQ, certains CASC ont mentionné l'échelle [DIVERT](#), un outil de prise de décisions permettant de définir le niveau de priorité des risques pour permettre une prestation de services et de soins plus efficace. Élaborée par les chercheurs de l'Université de Waterloo, l'échelle DIVERT identifie les personnes âgées qui présentent le risque le plus élevé d'avoir recours aux SU et évalue d'autres options réalisables (comme l'aiguillage des personnes âgées vers d'autres services de soins de santé) afin d'éviter une telle utilisation. Un des avantages de cet outil est qu'il permet d'obtenir des données de recensement tirées du RAI-HC et de l'ICIS^V.

INDICATEUR : RÉADMISSIONS IMPRÉVUES DANS LES 30 JOURS SUIVANT LE CONGÉ

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients soignés à domicile qui sont réadmis de manière imprévue (toutes causes confondues) à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé.

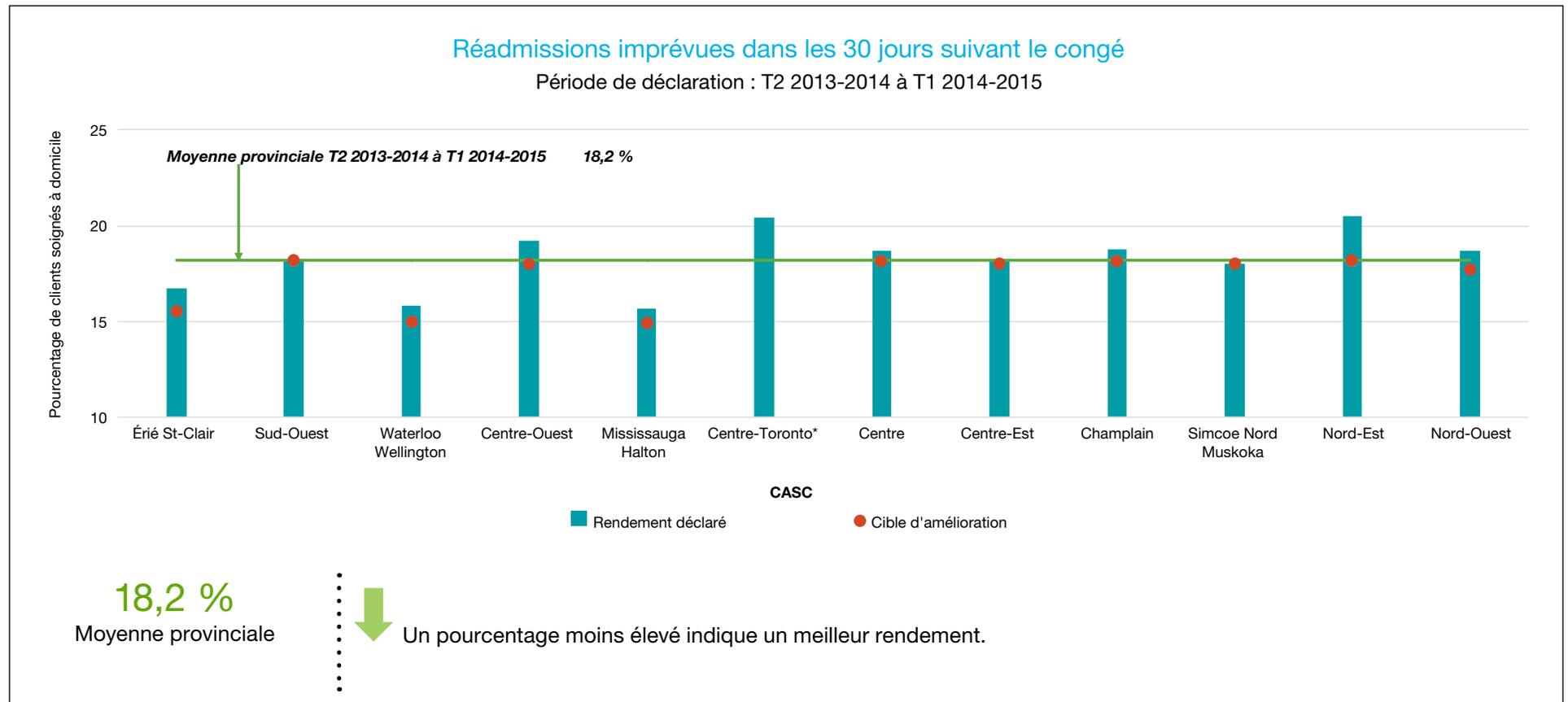
Comprendre cet indicateur : Afin de favoriser l'intégration à l'échelle du système et d'améliorer les expériences des patients, il est important d'examiner et de comprendre les raisons qui expliquent les réadmissions imprévues. Il a été démontré que les réadmissions imprévues affectent les patients sur les plans des émotions et de la santé, et qu'elles devraient être évitées dans la mesure du possible^{viii}.

Analyser cet indicateur : Des 12 CASC qui ont choisi cet indicateur, 9 ont établi des cibles d'amélioration, deux ont fixé des cibles de maintien du rendement actuel et un n'a pas fixé de cible (raison inconnue).

- Moyenne provinciale : 18,2 % des patients ont été réadmis de manière imprévue à l'hôpital
- Plage de rendement actuel : 15,7 % à 20,5 %
- Plage de cibles choisies : 14,9 % à 18,2 % (moyenne de 17,3 %)

Ce graphique indique les cibles fixées par 11 CASC cette année et ne tient pas compte des CASC qui ne se sont pas fixés de cible.

Remarques à propos de ce graphique : Le CASC du Centre-Toronto ne s'est fixé aucun objectif pour cet indicateur. Six des 12 CASC qui ont déclaré des données relatives à cet indicateur ont présenté une valeur actuelle qui était égale ou inférieure à la moyenne provinciale de 18,2 %. Les CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant et du Sud-Est ne sont pas inclus, car ils n'ont pas choisi cet indicateur dans leur PAQ pour 2015-2016.



Progrès réalisés à l'égard de cet indicateur : Seulement trois CASC ont mesuré cet indicateur de la même façon en 2014-2015 et en 2015-2016. Deux d'entre eux (les CASC de Champlain et du Nord-Ouest) ont constaté une petite réduction de leur taux de réadmission.

Les exemples suivants soulignent les idées novatrices que les CASC ont mises en place, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Bien que de nombreux CASC soient maintenant avisés lorsque leurs patients consultent les SU, ils disposent de peu de renseignements cliniques concernant les raisons de la réadmission (généralement, ils connaissent seulement le diagnostic d'admission). Pour combler cette lacune, les CASC établissent des relations plus solides (en particulier au moyen d'accords de communication et de partage des données) avec les hôpitaux de la région pour coordonner les soins.
 - Ils établissent des relations solides avec les organismes de soins primaires et le personnel infirmier d'intervention rapide pour veiller à ce que les patients soient examinés par un membre du personnel infirmier d'intervention rapide dans les 24 heures suivant leur congé de l'hôpital.
 - Après un congé ayant nécessité des mesures complexes, un processus de « conférences sur les soins » qui rassemble tous les fournisseurs de soins touchés est mis en œuvre pour leur permettre de partager les leçons qu'ils ont retenues. De nombreux CASC ont indiqué qu'ils doivent mettre l'accent sur cet effort.
- Les partenariats de maillons santé favorisent la coordination des soins destinés aux personnes âgées et aux personnes ayant des problèmes de santé complexes.
 - o Dix des 14 CASC ont mentionné qu'ils participent aux maillons santé dans leur PAQ, et deux CASC ont inclus les maillons santé dans leurs initiatives de changement. Les premières données probantes démontrent que ces liens devraient continuer d'être explorés et favorisés.
 - o Le CASC de Mississauga Halton travaille avec les sept maillons santé de son RLISS (qui en sont actuellement à différentes étapes d'élaboration) pour créer des processus qui améliorent les communications entre les fournisseurs de services de santé, les médecins de soins primaires et d'autres fournisseurs, en vue d'une meilleure coordination des soins. Le Maillon santé de Mississauga-Est est un autre adepte précoce de ce processus en plus d'être diplômé du Programme IDÉES.
 - o Le CASC d'Érié St-Clair a déclaré qu'il avait créé un poste de coordonnateur des services de santé de liaison avec les soins primaires pour travailler avec les patients en ayant recours à une quantité maximale de ressources de soins de santé.
 - o Le CASC du Centre-Est collabore avec les services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé et d'autres services de soutien communautaires pour aider les personnes âgées ayant besoin de services de soutien à la personne à vivre chez elles.

- Le renforcement des cheminements fondés sur des données probantes connues afin d'orienter les soins des patients, y compris le suivi régulier, la réévaluation et l'aiguillage.
- L'utilisation d'un outil d'évaluation des patients normalisé
 - o Le sous-comité de la qualité des services de soutien à la personne du CASC de Champlain, composé de représentants du CASC et des organismes fournisseurs de services, utilise un outil de 10 points pour cerner les changements d'état des patients, ce qui assure l'uniformité au sein des organismes fournisseurs de services de la région de Champlain. Le CASC de Champlain a établi des cibles élargies supplémentaires afin de mieux orienter ses efforts.
 - o Assurer la mise en place de programmes de personnel infirmier praticien spécialisé en soins palliatifs pour les patients des soins palliatifs qui n'ont pas de médecin de soins primaires et qui souhaitent rester à domicile. Actuellement, les 14 CASC reçoivent des fonds du gouvernement pour soutenir cette initiative.
- Expansion du programme de télésoins à domicile
 - o Le CASC du Nord-Ouest élargit la portée de son programme de télésoins à domicile à l'échelle du RLISS et offre des programmes de personnel infirmier praticien spécialisé en soins palliatifs aux patients qui souhaitent rester à domicile.

★ **Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui expérimente actuellement un nouveau changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.**

CASC de Mississauga Halton

Ce CASC intègre des services en partenariat avec le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Mississauga Halton et des médecins de soins primaires afin d'offrir un meilleur soutien à leurs patients communs. Ensemble, ils ont mis des patients en contact avec des médecins de famille et ont aidé les coordonnateurs des soins du CASC à travailler en plus étroite collaboration avec eux. De plus, le RLISS de Mississauga Halton a nommé le CASC pour diriger une stratégie régionale d'intégration des soins primaires, qui comprend l'élaboration d'un annuaire en ligne des spécialistes et d'une base de données des médecins et d'un système de suivi de l'engagement, le soutien d'un réseau de soins primaires dirigé par des médecins et la création de postes de conseillers en soins primaires travaillant dans les maillons santé et qui ont recours à une démarche individuelle pour éclairer les médecins et les faire participer aux nouveaux programmes et services offerts au sein du réseau local du système.

Conversations intersectorielles : Afin de favoriser l'intégration du système, les exemples de haut niveau suivants illustrent la manière dont les organismes travaillent ensemble d'un secteur à l'autre en vue d'améliorer la qualité.

- L'initiative de notifications électroniques (financée par cyberSanté Ontario) a renforcé la coopération entre le CASC du Nord-Est et les SU de la région. Lorsque les patients arrivent aux SU, les renseignements qui les concernent sont envoyés dans une base de données provinciale qui émet un avis à l'hôpital et au CASC, ce qui permet au CASC de commencer à préparer les services dont le patient aura besoin avant l'obtention de son congé. Ces efforts mènent à une amélioration de la fluidité des transitions entre les soins actifs et les soins communautaires et entraînent une réduction du nombre de réadmissions^{ix}.

- En vue de réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital des clients soignés à domicile, le CASC de Champlain a mis en œuvre un programme d'évaluation de la santé dans la communauté au moyen des services médicaux d'urgence avec les ambulanciers paramédicaux du comté de Renfrew. Ce programme est le prolongement du partenariat d'aiguillage que le CASC de Champlain entretenait avec les ambulanciers paramédicaux du comté de Renfrew depuis plusieurs années. Lorsque les ambulanciers paramédicaux ne sont pas en train de répondre à des appels d'urgence, le programme leur permet de mettre à profit leur formation et leurs compétences en dépassant leur rôle traditionnel qui consiste à offrir un soutien en cas d'urgence. Ce programme ne vise pas à remplacer ou à doubler les objectifs du personnel infirmier d'intervention rapide ou le rôle de coordination des soins du CASC, mais plutôt à renforcer le soutien offert dans les situations complexes une fois que les objectifs du personnel infirmier d'intervention rapide sont atteints et à améliorer les services offerts par le CASC. Bien que le programme en soit à ses débuts, les services offerts peuvent comprendre des vérifications du bien-être, des examens de respect de la pharmacothérapie, la sensibilisation aux maladies chroniques et à leur prise en charge, des évaluations sommaires de la santé mentale et des mesures spécifiques pour prévenir les chutes à domicile.

Améliorer cet indicateur : La réduction des réadmissions imprévues nécessite un effort concerté et de nombreux CASC prennent des mesures actives pour intégrer leurs services grâce à des équipes de soins primaires variées et aux RLISS, et ils ont souvent recours à des programmes de personnel infirmier d'intervention rapide afin de mieux répondre aux besoins complexes des patients. Les coordinateurs des soins des CASC favorisent aussi l'établissement de liens entre les patients et les organismes de soins primaires au sein du réseau local du système.

Plusieurs CASC ont mentionné les programmes de personnel infirmier d'intervention rapide comme idées de changement. L'objectif du Programme de personnel infirmier d'intervention rapide provincial est de réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital et de visites évitables au service des urgences en améliorant la transition entre les soins actifs et les soins à domicile pour les patients ayant des besoins cliniques complexes. Les résultats préliminaires non publiés et les premiers rapports de l'ACASCO sur la valeur mettent en évidence la manière dont le personnel infirmier d'intervention rapide améliore le bilan comparatif des médicaments^x.

POINT DE VUE SYSTÉMIQUE

D'autres outils sont mis au point pour répondre à la nécessité d'identifier les patients qui courent les plus grands risques de réadmission à l'hôpital. L'échelle de fragilité clinique est un outil qui mesure la difficulté d'un patient à exécuter des activités de la vie quotidienne, comme préparer des repas, afin d'évaluer son risque de réadmission dans les 30 jours suivant son congé. Les résultats ont indiqué que les patients dont la fragilité était considérée comme étant modérée ou grave présentaient un risque accru de réadmission^{vi,vii}.

Chapitre 3

Comprendre les points de vue des patients : Participation et expérience des patients

La participation des patients représente une priorité croissante dans l'ensemble du système de santé de l'Ontario, et davantage d'organismes écoutent les points de vue des patients afin de renforcer la prestation des soins. De nouveaux règlements (établis en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* à l'intention des hôpitaux) insistent sur l'importance croissante de la participation des patients au système de soins de santé et motivent ainsi d'autres secteurs des soins de santé à adopter une démarche uniformisée visant à les faire participer à l'élaboration d'un processus de relations avec les patients.

Les CASC mesurent les expériences des patients afin que ces derniers participent à leurs efforts d'amélioration. Mesurer l'expérience des patients comprend la promotion de sondages, notamment auprès des patients, sur la conception d'initiatives d'amélioration, et la mise à contribution de conseils et (ou) de groupes consultatifs composés de patients pour favoriser des activités d'amélioration.

INDICATEUR : EXPÉRIENCE DES PATIENTS

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients soignés à domicile qui ont répondu « bon », « très bon » ou « excellent » sur une échelle de cinq points aux questions d'un sondage sur l'expérience des patients au sujet de la qualité des services du CASC dans leur ensemble et de la gestion des soins qu'ils ont reçus des coordonnateurs de soins et des fournisseurs de services.

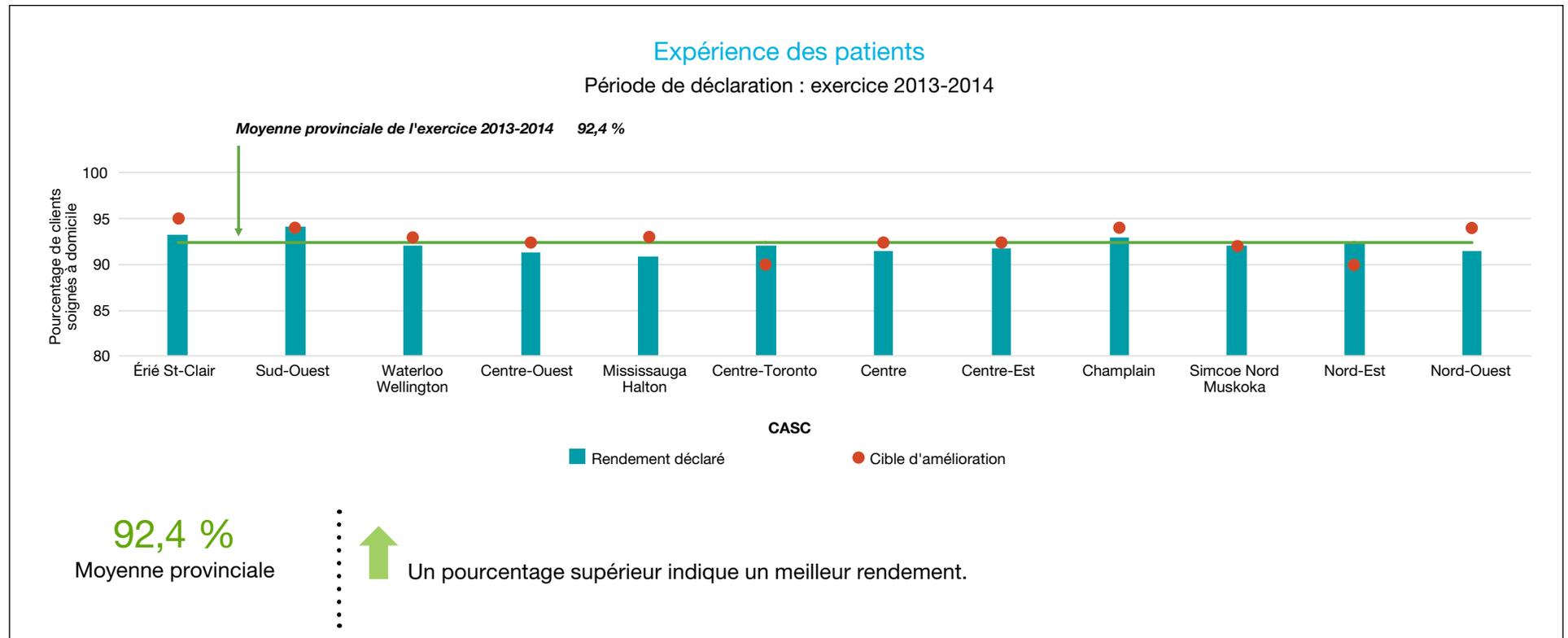
Comprendre cet indicateur : Noter les différents aspects de leurs soins permet aux patients d'aider chaque CASC à la coordination des soins qu'il fournit. Cet indicateur peut par ricochet se répercuter sur tous les autres indicateurs prioritaires.

Analyser cet indicateur : Des douze CASC qui ont choisi cet indicateur (en utilisant la définition originale), huit ont établi des cibles d'amélioration, un une cible de maintien du rendement actuel et trois des cibles régressives inférieures à leur niveau de rendement actuel.

- Moyenne provinciale : 92,4 % des patients ont répondu que leurs soins étaient « bons », « très bons » ou « excellents ».
- Plage de rendement actuel : 90,9 % à 94,2 %.
- Plage de cibles choisies : 90,0 % à 95,0 % (moyenne de 92,7 %).

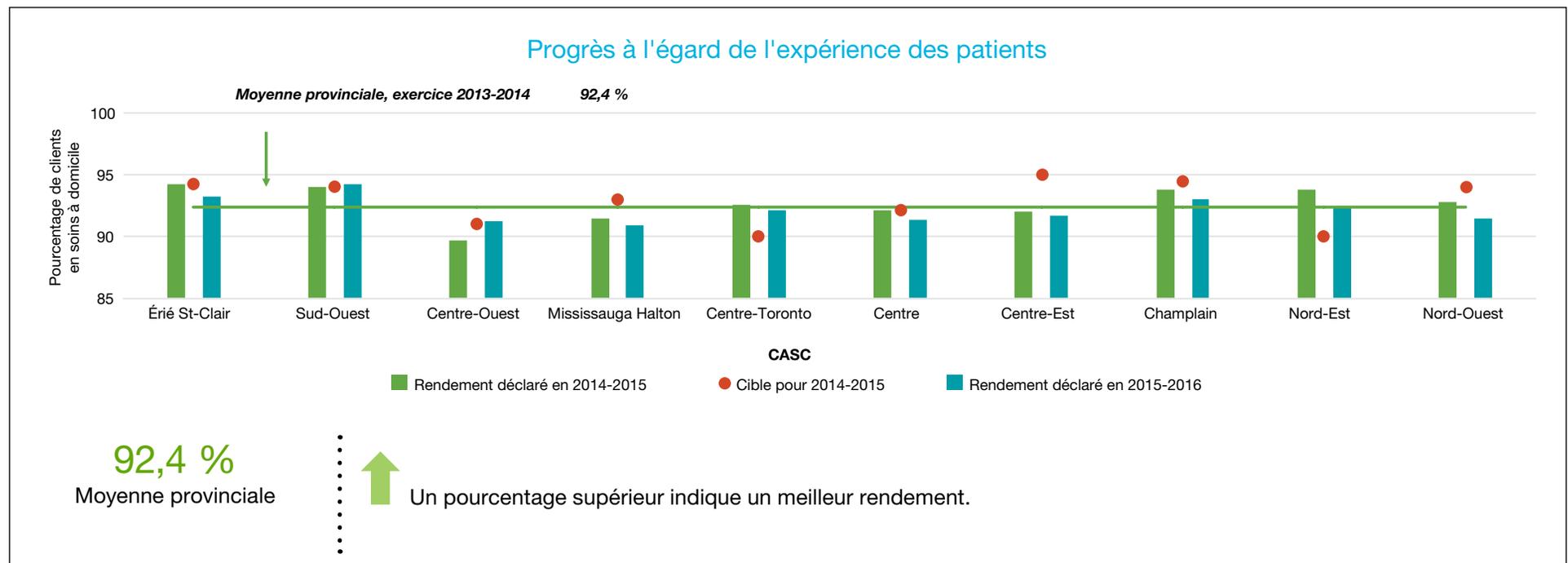
Le tableau ci-dessous montre que douze CASC ont obtenu une note supérieure à 90,0 % pour l'expérience des patients; la moyenne provinciale étant de 92,4 %. Les CASC de Hamilton Niagara Haldimad Brant et du Sud-Est n'y figurent pas parce qu'ils n'ont pas choisi cet indicateur dans leur PAQ 2015-2016.

Remarques à propos de ce graphique : Les notes attribuées à l'expérience des patients sont très élevées lorsqu'on utilise une combinaison de « bon », de « très bon » ou d'« excellent » sur une échelle de cinq points. Dans le cas du CASC qui a produit un rapport sur cet indicateur, la déclaration actuelle repose sur « bon », « très bon » ou « excellent » sur une échelle de cinq points. Le moment est peut-être venu d'adopter une notation de « catégorie plus élevée » (c.-à-d., uniquement excellent) pour cet indicateur. Les notes se trouvant dans les catégories les plus élevées correspondent à une méthode axée sur la qualité qui sert à déclarer uniquement la « catégorie » de mesure la plus élevée ou le niveau du procédé de mesure fourni au répondant.



Remarques à propos de ce graphique : Comme l'indique le tableau ci-dessus, une barre bleue (du côté droit) supérieure à la barre verte (du côté gauche) signale un rendement supérieur à l'année précédente. Ces notes attribuées à l'expérience des patients au cours des deux dernières années sont très élevées et présentent peu de variations quant au progrès. Il pourrait être intéressant d'examiner les notes se trouvant dans les « catégories les plus élevées » à l'avenir afin de pouvoir facilement constater si cet indicateur progresse davantage^{xi}.

Progrès réalisés à l'égard de cet indicateur : Dix CASC ont mesuré leurs données de la même façon en 2014-2015 et en 2015-2016. De ces dix CASC, deux ont signalé une amélioration de leurs notes associées à l'expérience des patients. Sur le plan de l'amélioration des niveaux de rendement, il importe de souligner que les 14 CASC ont déjà obtenu des notes très élevées (supérieures à 90 %) pour l'expérience des patients. Il peut s'avérer difficile de pousser cet indicateur plus loin; néanmoins, de nombreux CASC font encore de grands efforts pour aller au-delà du maintien de leur rendement actuel.



Voici des idées novatrices que des CASC ont mises en œuvre, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Le CASC du Centre-Toronto a été le premier à appliquer la philosophie des soins « nouveau dialogue », qui donne aux fournisseurs de services la possibilité d'offrir des expériences de soins personnalisés plus souples grâce à l'écoute et à la satisfaction des besoins immédiats des patients, plutôt que de s'en remettre aux plans de soins préétablis. En permettant aux patients d'exprimer ce qui est le « plus important » pour eux, beaucoup d'entre eux se sentent plus à l'aise lors des visites à domicile. Cette démarche peut contribuer à des soins plus efficaces de façon générale.
 - o En 2014-2015, le CASC du Centre-Ouest a appliqué la philosophie du « nouveau dialogue » à toutes ses populations de patients qui reçoivent des services de soutien à la personne.
 - o Le personnel du CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant a récemment terminé une formation sur la façon d'utiliser le nouveau dialogue.
- *Conversations cruciales* est un autre programme visant à améliorer les niveaux d'expérience des patients. Le CASC du Centre-Ouest, qui a fait le plus de progrès sur cet indicateur au cours de la dernière année, a donné à son personnel la possibilité d'acquérir des compétences en matière de stratégies de communication particulières leur permettant d'agir comme médiateurs dans des discussions difficiles.

- La création de nouveaux rôles en milieu de travail afin de relier les patients à d'autres services utiles pour une expérience plus conviviale.
 - o Le CASC de Mississauga Halton prévoit ajouter un rôle de spécialiste en renseignements et en aiguillage; une initiative qui devrait améliorer la façon dont les patients ont accès à des services additionnels.
- L'identification des obstacles à la réussite des transitions entre les fournisseurs au moment du transfert des patients de l'hôpital à leur domicile.
 - o Trois CASC (Centre-Est, Hamilton Niagara Haldimand Brant et Mississauga Halton) ont souligné l'importance de faciliter les transitions de l'hôpital au domicile; le CASC de Mississauga Halton travaille en partenariat avec Trillium Health Partners à la conception d'une nouvelle démarche appelée *Seamless Transitions* (transitions harmonieuses).
 - o Le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant a uniformisé l'attente au téléphone dans un de ses bureaux, mais n'a constaté aucune amélioration. Il a depuis abandonné cette idée de changement.

Cette année, la section narrative du PAQ a également demandé aux CASC d'expliquer comment ils font participer les patients et de quelle façon cette participation a éclairé l'élaboration de leur PAQ. Dix CASC ont mentionné plus particulièrement des initiatives de changement axées sur l'amélioration de la participation des patients/personnes soignantes au cours de l'année prochaine. Voici quelques points saillants :

- Le CASC de Mississauga Halton a créé le Share Care Council, une tribune où des patients et des personnes soignantes peuvent influencer directement sur les initiatives d'amélioration de la qualité. Ce comité de 15 membres se compose de patients, de mandataires spéciaux et de personnes soignantes membres de la famille. Le CASC de Mississauga Halton dit de ce partenariat qu'il l'« aide à comprendre ce qui compte le plus pour la plupart des patients et leur famille grâce à une véritable tribune axée sur la participation ». Depuis sa création en 2014, le conseil a adopté une nouvelle déclaration des droits des patients et des personnes soignantes et repensé la façon dont les patients quittent l'hôpital pour leur domicile (une initiative appelée Seamless Transition: Hospital to Home). La [démarche Seamless Transitions](#) s'est appuyée sur le Share Care Council pour cerner et définir le problème, ainsi que valider la procédure d'essai. Des patients ont été examinés pendant plus de 39 semaines. Comparativement au reste des patients du programme de médecine de l'hôpital, ceux-ci ont effectué une transition à leur domicile au moyen de la démarche *Seamless Transitions* et affiché des taux de réadmission beaucoup plus bas (une baisse de 52 % des taux de réadmission, tous diagnostics confondus, dans les 30 jours suivant leur congé).
- Les CASC du Centre et du Centre-Ouest ont créé des postes/divisions consacrés à l'expérience des patients.
 - o Le CASC du Centre a mis sur pied un bureau de l'expérience des patients et un solide cadre de participation des patients et des personnes soignantes, les deux comportant des stratégies en matière de relations avec les patients qui visent la participation des patients/ personnes soignantes aux décisions importantes et aux changements opérationnels. « Ce processus nous a permis de faire participer au moins 31 patients et personnes soignantes en 2014-2015, et nous espérons augmenter ce nombre à 35 au cours de la prochaine année. »
 - o Le CASC du Centre-Ouest a créé un nouveau poste à nomination conjointe, chef de l'expérience des patients, pour veiller à ce que les patients soient au centre de toute action. Des projets existent en vue d'élargir le rôle de conseiller auprès des patients/personnes soignantes. Fait à noter, ce poste est partagé avec le Headwaters Health Care Centre et le William Osler Health System, ce qui permet aux organismes de travailler en collaboration afin d'améliorer l'expérience des patients, plus particulièrement en ce qui concerne les transitions dans les soins.
- Le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant et le CASC du Centre-Toronto mènent des études sur l'expérience des patients. Les deux ont entamé un projet de recherche universitaire sur l'expérience des patients au moyen d'entrevues qualitatives poussées réalisées avec les patients du CASC et leurs coordonnateurs de soins afin d'examiner ce que la participation et l'expérience des patients signifient pour eux.

★ **Pleins feux** : Voici un exemple d'organisme qui expérimente actuellement un nouveau changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

CASC du Sud-Ouest

Ce CASC a mis en œuvre des « événements fortement souhaitables », que les patients et les familles définissent comme étant des éléments précis des soins qu'il est essentiel que les fournisseurs effectuent de façon constante pour chaque patient, chaque fois. Le CASC du Sud-Ouest a réalisé des entrevues avec des patients et partagé les constatations avec le personnel en vue d'améliorer l'expérience des patients.

- « Nous profiterons des possibilités qu'offrent [les entrevues sur les "événements fortement souhaitables"] comme point de départ pour recueillir les histoires des patients. Une fois les consentements obtenus, ces entrevues seront enregistrées sur bande vidéo, puis transcrites. On demandera aux patients ce qu'ils perçoivent comme des solutions. **Les expériences seront partagées avec le personnel afin d'offrir des possibilités d'amélioration de la qualité.** »

Améliorer cet indicateur : L'expérience des patients est un facteur clé des résultats globaux en matière de santé. De nombreux CASC mettent l'accent sur l'amélioration des échanges conversationnels entre les fournisseurs de soins et les patients, en déterminant dès le départ ce qui est important pour les patients. De cette façon, les points de vue des patients ont préséance. Les tribunes et les études dirigées par des patients sur l'expérience des patients sont également en train de devenir des éléments essentiels de l'amélioration. En raison des niveaux de rendement déjà élevés des CASC pour cet indicateur, une occasion s'offre toutefois de mettre la barre plus haut. Sept CASC ont établi des cibles de maintien en 2015-2016. Le moment est peut-être venu de mesurer l'expérience des patients en utilisant uniquement des notes « excellentes » se trouvant dans les catégories les plus élevées.

POINT DE VUE SYSTÉMIQUE :

Dans le cadre du plan en dix étapes de Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire, une charte commune est en cours d'élaboration avec l'apport du secteur et des patients afin de jeter les bases de soins à domicile véritablement axés sur les patients et la famille^{xii}. Découlant du principe que quiconque éprouve des besoins qui peuvent raisonnablement être satisfaits à domicile ou dans la collectivité devrait recevoir le soutien pour y parvenir, l'ébauche de la charte vise à aider les organismes à prendre des engagements transparents à l'égard de la conception des soins qui satisfont aux attentes. Elle encourage également les patients à participer à ses intentions d'aider les organismes à travailler plus efficacement en vue de fournir aux patients les soins dont ils ont besoin, qu'ils veulent et qu'ils méritent.

Conclusion

Aller de l'avant

Le présent rapport a analysé de plus près les indicateurs prioritaires déterminés pour les CASC et a transmis aux acteurs sur le terrain le travail accompli par les CASC en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués aux Ontariens. Les idées de changement et les profils Pleins feux inclus dans le rapport démontrent l'engagement des CASC de l'Ontario envers l'amélioration continue et les changements importants au système. Cet engagement est particulièrement notable dans la façon dont les CASC travaillent pour accroître la capacité et pour aider à l'élaboration de stratégies plus novatrices de soutien des patients ayant des besoins complexes.

Cependant, même s'il y a beaucoup de raisons de célébrer, l'amélioration est toujours possible. Globalement, les CASC ont réalisé de modestes progrès quant à leurs indicateurs; nombre d'entre eux sont demeurés stables et ne se sont pas améliorés. Certaines améliorations ont été notées dans les temps d'attente de cinq jours pour les soins à domicile et les consultations aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé et il sera important que les CASC tirent parti de ces succès – et des excellentes idées de changement soulignées dans la présente analyse – pour propager ces améliorations à d'autres enjeux prioritaires. Il existe également des occasions pour que les CASC réfléchissent à l'établissement des cibles et prennent possiblement en compte des cibles plus ambitieuses dans les prochains PAQ.

Qualité des services de santé Ontario s'engage à travailler avec les CASC pour soutenir ce processus. En plus des recommandations décrites précédemment, Qualité des services de santé Ontario et les CASC travailleront en collaboration pour réviser les indicateurs existants des CASC et évaluer si d'autres mesures refléteraient mieux le travail des secteurs des soins à domicile et en milieu communautaire et la population qu'ils soignent et qui devraient être intégrés dans les prochains PAQ. Il faudra des efforts supplémentaires pour contribuer à faire en sorte que les organismes, dans l'ensemble du système de soins de santé, accèdent aux données en temps opportun afin d'aider à l'orientation des améliorations. Puisqu'il ne s'agit pas de défis négligeables, les relever sera essentiel à l'amélioration de la qualité des soins à domicile et en milieu communautaire. Qualité des services de santé Ontario et les CASC sont impatients de collaborer en ce sens.

Le présent rapport, ainsi que la diffusion publique des PAQ, donne aux CASC et à d'autres secteurs l'occasion d'apprendre de chacun et d'utiliser ces apprentissages dans leurs propres pratiques. Grâce aux mesures continues, nous pouvons constater la croissance et assurer que les soins à domicile et en milieu communautaire de demain seront encore meilleurs que ceux d'aujourd'hui.

NOTES

- i Réduire les chutes. (sans date). Consulté à l'adresse : <http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/Home-and-Community-Care/Reducing-Falls>, 7 août 2014.
- ii La sécurité à domicile : une étude pancanadienne des soins à domicile. (2013). Consulté à l'adresse : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/Safety%20At%20Home%20Care.pdf>
- iii Réduire les chutes. (sans date). Consulté à l'adresse : <http://qualitycompass.hqontario.ca/portal/Home-and-Community-Care/Reducing-Falls>, 7 août 2014.
- iv Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*, 2012. Consulté le 29 juin 2015 à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/Readmission_to_acutecare_fr.pdf
- v COSTA, Andrew P., John P. Hirdes, Chaim M. Bell, Susan E. Bronskill, Lori Mitchell, Jeffery W. Poss, Samir K. Sinha et Paul Stolee. « Derivation and Validation of the Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale for Classifying the Risk of Emergency Department Use in Frail Community-Dwelling Older Adults. », *J Am Geriatr Soc*, vol. 63, 2015, pp. 763-769. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13336/abstract>
- vi ROCKWOOD, K., X. Song, C. MacKnight, H. Bergman, D. Hogan, I. McDowell, A. Mitnitski. « A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. », *CMAJ.*, vol. 173, no^o 5, 30 août 2005, pp. 489-495. Consulté à l'adresse et : <http://www.cmaj.ca/content/173/5/489.abstract>
- vii Kahlon, SP, Pederson J, Majumdar SR, Belga S, Lau D, Fradette M, Boyko D, Bakal JA, Johnston C, Padwal RS, McAlister FA. (2015). Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *CMAJ*, 1-7. <http://m.cmaj.ca/content/early/2015/05/25/cmaj.150100>
- viii Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*, juin 2012. Accessible à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/Readmission_to_acutecare_fr.pdf
- ix Centre d'accès aux soins communautaires. Nord-Est. Meilleure technologie = meilleurs soins aux patients. Consulté à l'adresse : <http://healthcareathome.ca/northeast/fr/medias/Pages/Enhanced-Technology-Enhanced-Patient-Care.aspx>
- x MCMULLAN, J., C. Lackey, A. Stephens et H. Sultan. « Rapid Response Nurse Program: Achieving Effective Transitions from Hospital to Home », Consulté à l'adresse : <http://ontariogerontology.ca/wp-content/uploads/2015/05/C1-Rapid-Response-Nursing-Program-Achieving-Effective-Transitions-from-Hospital-to-Home.pdf>
- xi MYLOD, D. et D. O. Kaldenberg. « Data Mining Techniques for Patient Satisfaction Data in Home Care Settings. », *Home Health Care Manager Prac.*, vol. 12, no^o 6, 2000, pp. 18-29. Consulté à l'adresse et : <http://hhc.sagepub.com/content/12/6/18.abstract>
- xii Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (mai 2015). *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*. Consulté à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ccac/roadmap.pdf>

Le présent rapport n'aurait pu être rédigé sans l'aide des partenaires de Qualité des services de santé Ontario, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (ACASCO), les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé et du groupe consultatif intersectoriel des PAQ de Qualité des services de santé Ontario. Les membres du groupe consultatif incluent notamment le D^r Richard McLean, Jillian Paul, Joanne Iacono, Karen Lu, Kelly Gillis, la D^{re} Cathy Faulds, Marsha Stephen, Sonja Glass, Anne Wojtak, Leah Levesque, le D^r G. Ross Baker et le D^r Jeffrey Turnbull.

Engagement envers l'amélioration de la qualité

Nous promovons l'amélioration continue de la qualité afin de mettre en œuvre des changements positifs importants et durables au sein des soins de santé, en tirant pleinement parti des données probantes émergentes et des rapports du public pour aider à cerner les possibilités d'amélioration. Nous pourrions ensuite bâtir la capacité en matière d'amélioration du système de santé en appuyant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'amélioration, en partageant des observations sur des innovations qui contribuent à l'amélioration et en faisant la promotion du perfectionnement des compétences en AQ. Nous soutenons de manière active la création d'une culture de la qualité et l'établissement de liens au sein de la communauté d'AQ afin d'apprendre les uns des autres.

La qualité ça compte

La qualité ça compte est une initiative de Qualité des services de santé Ontario conçue pour réunir tous les intervenants du système de santé autour d'une même compréhension des soins de santé de qualité et d'un engagement mutuel afin de prendre des mesures concernant des objectifs communs.

La qualité ça compte prend une approche à deux volets. Le premier comprend un processus de participation des patients, appelé *La qualité c'est...* qui permet aux patients, aux personnes soignantes et au public de contribuer à définir le programme d'amélioration de la qualité. Le deuxième consiste en un approfondissement par un comité d'experts de la compréhension de la qualité des services de la santé, de la prestation de soins de qualité dans l'ensemble du système et de l'établissement d'une culture axée sur la qualité. Le premier rapport du comité, *Réaliser l'excellence des soins pour tous*, fait valoir l'idée d'un cadre de qualité provincial et expose des facteurs essentiels dont il faut tenir compte.

Ce n'est là que le début. Au cours des prochains mois, nous continuerons à interagir avec les patients, les experts et les intervenants de l'ensemble du système. *La qualité ça compte* se traduira par l'élaboration d'une feuille de route, éclairée par les patients et le public, pour aider les décideurs, les cliniciens et les dirigeants du système de santé à bâtir un système de santé d'abord fondé sur la qualité en Ontario.

Pour en apprendre davantage sur *La qualité ça compte*, visitez le site Web www.hqontario.ca/Accueil

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5
Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868
Télec. : 416 323-9261

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015.

ISBN : 978-1-4606-5493-4 (version imprimée)

ISBN : 978-1-4606-5494-1 (HTML)

ISBN : 978-1-4606-5495-8 (PDF)

www.hqontario.ca/Accueil