

# Communauté de pratique du leadership des maillons santé

22 février 2017

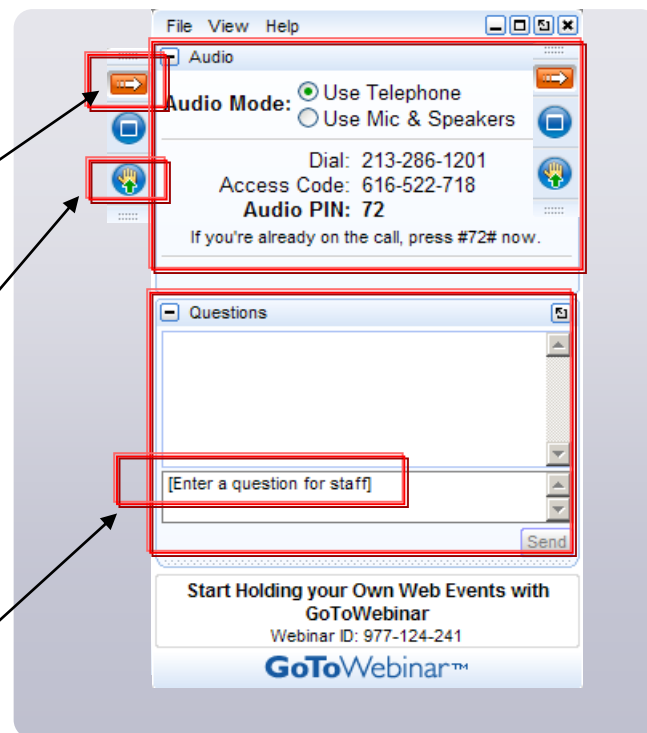
Obtenir les commentaires des équipes IDÉES des maillons santé sur leurs expériences de mise en place de pratiques innovantes de gestion des soins coordonnés

# Ordre du jour et objectifs

- Réviser les pratiques innovantes de gestion des soins coordonnés
- Découvrir comment les équipes IDÉES ont établi, planifié et mis en place la gestion des soins coordonnés dans leur maillon santé à l'aide de pratiques innovantes
- Comprendre comment les méthodes d'amélioration de la qualité peuvent être utilisées pour accélérer le fonctionnement de votre maillon santé

# PARTICIPER AU WEBINAIRE

- Ce webinaire est enregistré.
- TOUS les participants sont mis en sourdine (pour réduire les bruits d'arrière-plan). Vous pouvez accéder aux options du webinaire à l'aide du bouton de flèche orange.
- Période de discussion après la présentation. Veuillez entrer vos questions pour l'animateur après chaque présentation.
- Si vous aimeriez soumettre une question ou un commentaire à tout moment, veuillez utiliser la case de Question.



# COMITÉ DU WEBINAIRE

**Shannon Brett**, *directrice, Amélioration de la qualité et sensibilisation, Qualité des services de santé Ontario*

**Stacey Bar-Ziv**, *chef d'équipe, Amélioration de la qualité et sensibilisation, Qualité des services de santé Ontario (modératrice de discussion)*

**Shawna Cunningham**, *conseillère en amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario*

# CONFÉRENCIÈRES

## **MAILLON SANTÉ HURON PERTH, MAILLON SANTÉ LONDON MIDDLESEX**

**Jeni Millian**, *responsable des soins, CASC du Sud-Ouest*

**Paula Day**, *IA, équipe de santé familiale Thames Valley*

**Llori Nicholls**, *IPA, équipe de santé familiale North Perth*

**Heather Ross**, *ergothérapeute, New Horizons Rehab*

## **MAILLON SANTÉ DE TORONTO CENTRE-EST**

**Kelly Clarke**, *responsable des services à la clientèle, CASC de Toronto-Centre*

**Michelle Bather** et **Vicky Wen**, *gestionnaires de cas, unité de médecine générale interne, St. Michael's Hospital*

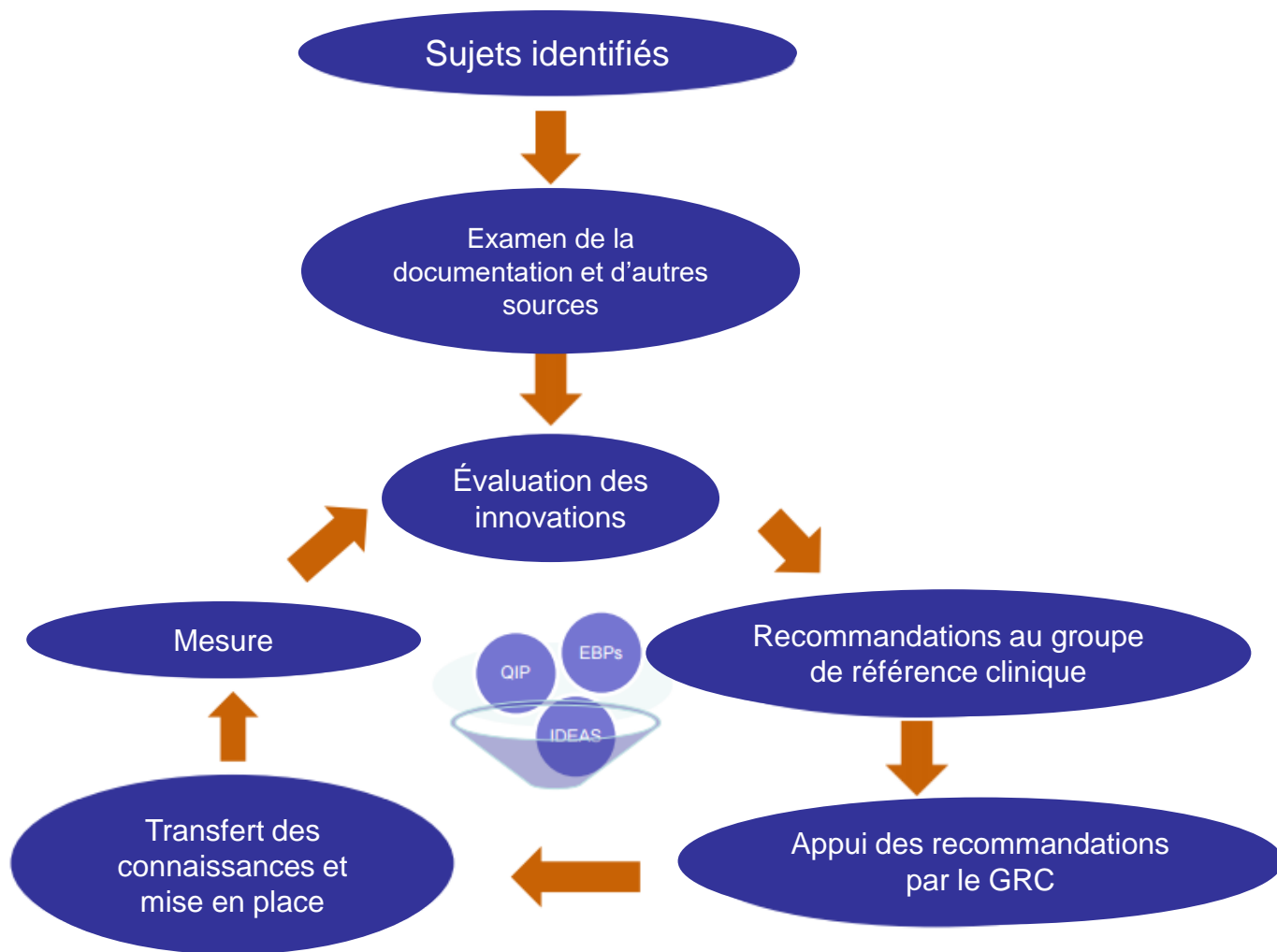
**Susan Anstice**, *coordonnatrice de soins de transition, maillon santé de Toronto Centre-Est et travailleuse sociale pour les services communautaires de WoodGreen*

# COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DU LEADERSHIP DES MAILLONS SANTÉ

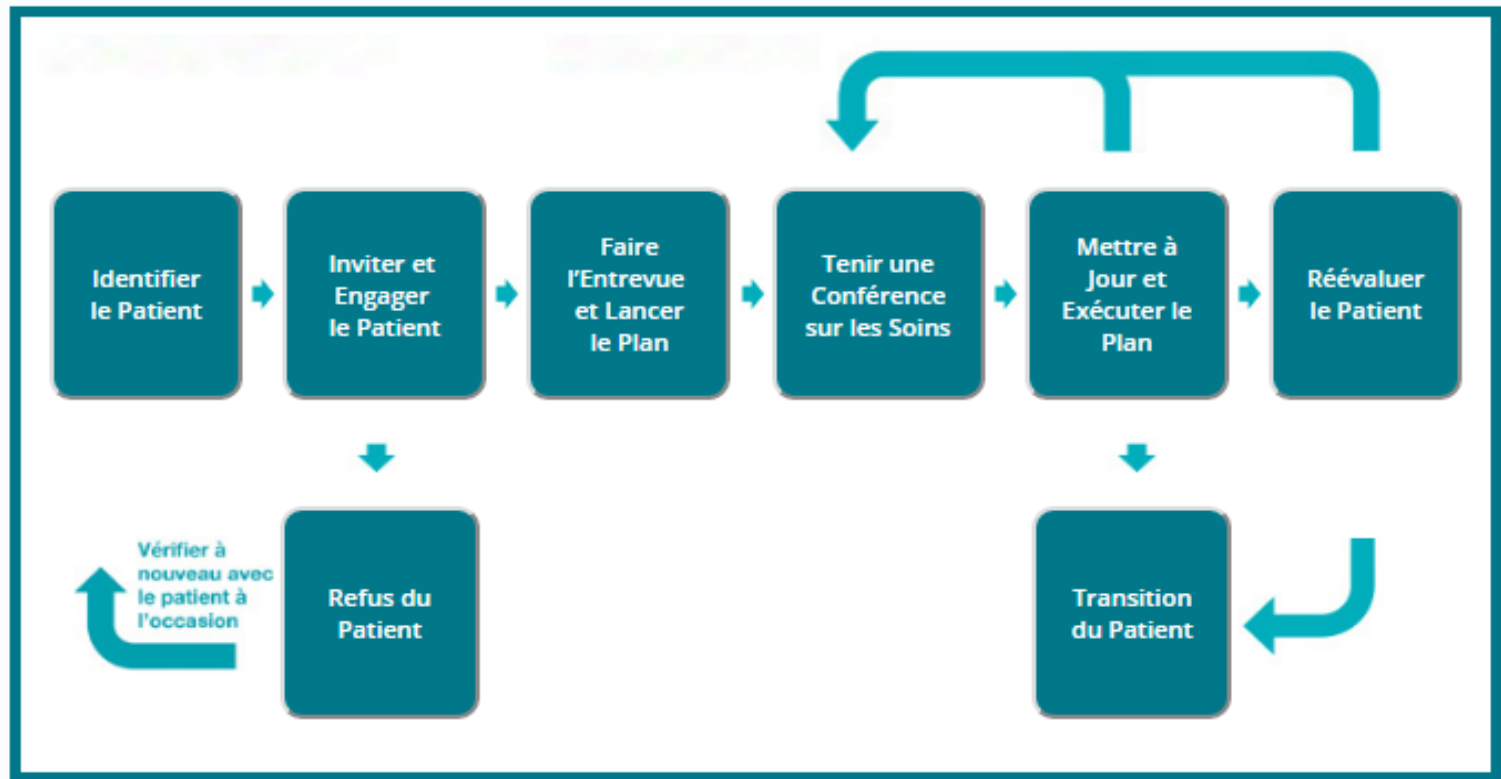


*« Les communautés de pratique se définissent comme étant des groupes de personnes ayant une préoccupation ou une passion commune pour leur vocation et qui apprennent comment s'améliorer à mesure qu'ils interagissent régulièrement »*

# PRATIQUES INNOVANTES



# GESTION DES SOINS COORDONNÉS



<http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-d'amélioration-de-la-qualité/Maillons-santé/Gestion-des-Soins-Coordonnés>



# GESTION DES SOINS COORDONNÉS

## Sommaire des pratiques innovantes

Étape de la gestion des soins coordonnés	Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante <sup>2</sup>	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
<b>Identifier le patient</b>	Identifier les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de recherche de cas fondée sur des données probantes à tout moment du parcours thérapeutique du patient.	ÉMERGENTE	Propagation provinciale et réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un an (juin 2017).
<b>Inviter et engager</b>	Fournir aux patients un seul point de contact pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés.	PROMETTEUSE	
	Utiliser des stratégies de communication centrées sur la personne afin d'inviter et d'engager le patient dans la coordination de ses soins avec l'équipe des maillons santé.	ÉMERGENTE	
	Utiliser un processus ou un formulaire complet qui permet aux patients ou aux décideurs substitués de fournir leur consentement pour tous les éléments des soins coordonnés à la fois (peut être implicite ou explicite).	ÉMERGENTE	
<b>Faire une entrevue et lancer le plan de soins coordonnés</b>	Mettre en œuvre l'approche des « patients partenaires » pour tous les patients des maillons santé.	ÉMERGENTE	



Improving & Driving Excellence Across Sectors



### En partenariat et en collaboration avec :



Funding provided by the Government of Ontario



## ShareIDEAS: Health Care Quality Improvement Project Repository

Enter keyword

Search

### ADVANCED SEARCH

Health Theme	Health Sector	Location	Uploaded	Project Type
All	All	All	All	All Projects
Access	Acute Care	Ontario - All	2014	IDEAS Projects
Appropriate Resources	Community Care	Ontario - Central East LHIN	2015	Non-IDEAS Projects
Effectiveness	Home Care	Ontario - Central LHIN	2016	
Efficiency	Long-term Care	Ontario - Central West LHIN	2017	

**Apply filters and search**

\*Hold Ctrl key to select multiple items

Show all projects

Show all IDEAS projects

Show all Non-IDEAS projects

Search Results ()

# DATES À VENIR

Webinaire d'application IDÉES : 21 mars, visitez le site IDEAS.ca pour obtenir plus de détails

## Webinaires IDÉES-AQ à venir

WHEN	WHAT
Mar 07, 2017 at 12:10 - 1 PM EST.	Teaching QI in Real Time <a href="https://attendee.gotowebinar.com/register/4857616363467948546">https://attendee.gotowebinar.com/register/4857616363467948546</a>
Apr 25, 2017 at 12:10 - 1PM EDT.	<b>Quality Improvement - understanding the differences between data for research, QI and accountability</b> <a href="https://attendee.gotowebinar.com/register/3693936137583376898">https://attendee.gotowebinar.com/register/3693936137583376898</a>
May 16, 2017 at 12:10 - 1PM EDT.	<b>IDEAS Webinar: Quality Improvement Back to Basics</b> <a href="https://attendee.gotowebinar.com/register/4969071658152449538">https://attendee.gotowebinar.com/register/4969071658152449538</a>
Jun 20, 2017 at 12:10 - 1PM EDT.	<b>Engaging the Front Line in QI</b> <a href="https://attendee.gotowebinar.com/register/4874642301024354562">https://attendee.gotowebinar.com/register/4874642301024354562</a>



Improving & Driving Excellence Across Sectors

Point central virtuel du maillon santé de Toronto Centre-Est :  
Améliorer l'identification, la référence et la coordination des  
soins pour les patients aux soins de courte durée ayant des  
besoins complexes

Commanditaire de projet :  
Ashnoor Rahim, vice-présidente  
Services communautaires WoodGreen

**Projet d'apprentissage appliqué IDÉES**

# Notre équipe de projet IDÉES

## MAILLON SANTÉ DE TORONTO CENTRE-EST

**Kelly Clarke** TSH,  
responsable des services à la  
clientèle, CASC de Toronto-  
Centre

**Expertise en ressources  
administratives et  
communautaires**

**Susan Anstice** TSH, MSc,  
coordonnateur de soins de  
transition (CST) - METHL,  
travailleuse sociale  
clinique, WoodGreen

**- Chef d'équipe, expertise  
en ressources  
communautaires**



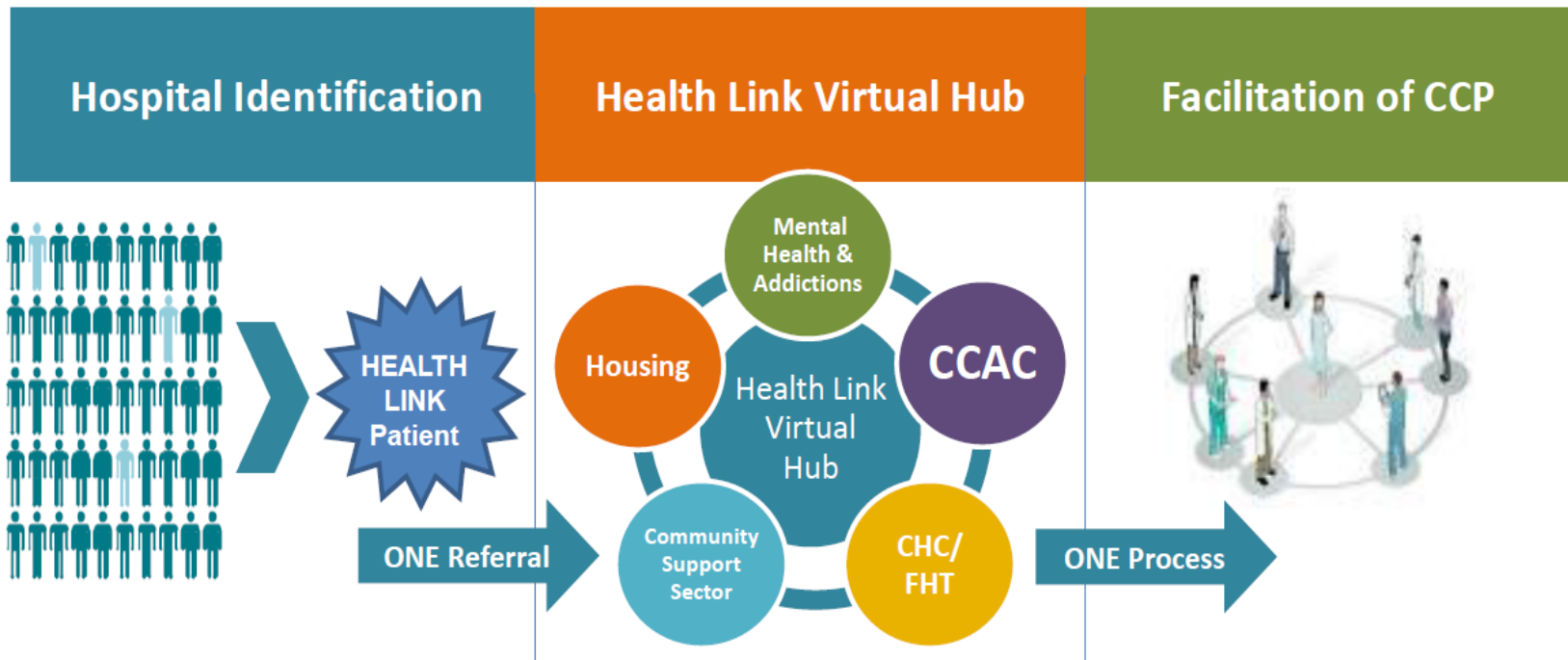
**Michelle Bather**, IA,  
gestionnaire de cas,  
St. Michael's Hospital,  
médecine générale  
interne (MGI SMH)  
**- Expertise clinique**

**Victoria Wen**, IA,  
gestionnaire de cas,  
St. Michael's  
Hospital, médecine  
générale interne  
(MGI SMH)  
**- Expertise clinique**

# Notre processus de maillon santé

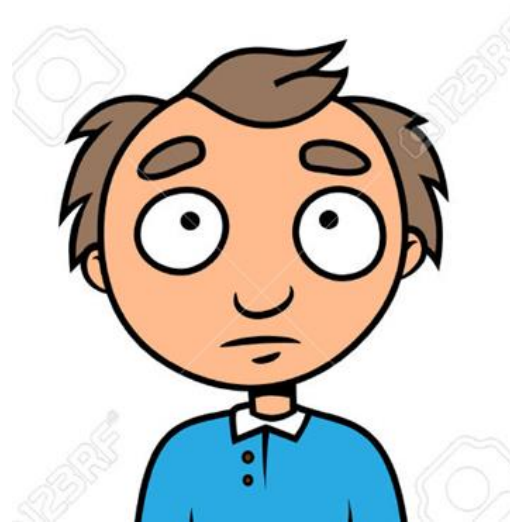
Améliorer les transitions de soins dans les secteurs en santé  
à l'aide d'une planification des soins coordonnés

## Virtual Hub Model



# Pourquoi ce processus d'AQ?

Voici M. G.M.



- Admission : homme de 59 ans, sevrage d'alcool, déséquilibre d'électrolytes, lésion rénale aiguë
- Antécédents : dépression, insuffisance cardiaque chronique, diabète de type II, cirrhose
- Vivant dans un refuge, aucun service communautaire



# Comment pouvons-nous améliorer?

- Identifier systématiquement les patients admissibles pour les maillons santé
- Établir le moment idéal pour approcher les patients
- Rassembler les patients et le coordonnateur de soins de transition du METHL à l'hôpital

**But du projet** : D'ici le 31 décembre 2017, augmenter le pourcentage des patients en MGI à SMH référés au METHL qui participe à une conférence de cas pour la planification des soins coordonnés dans les 30 jours suivant le congé de 43 % à 75 %

# Point central virtuel – Idées de changement

## But

D'ici le 3 février 2018, réduire les réadmissions dans les 30 jours qui sont évitables pour les patients en MGI à St. Michael's Hospital qui participe à la planification des soins coordonnés avec le maillon santé de Toronto Centre-Est à 20 %

## Facteurs habilitants primaires

Augmenter l'accès à la coordination des soins

Créer des partenariats

Améliorer la collaboration de l'équipe de soins

## Facteurs habilitants secondaires

Améliorer l'identification rapide des patients ayant besoin de soins complexes pour la référence vers les maillons santé

Améliorer le processus de consentement et d'attachement des patients

Créer des relations entre les patients et l'équipe de soins

Améliorer l'expérience/les connaissances des patients quant aux maillons santé

Disponibilité et rendez-vous avec les fournisseurs de soins primaires

Coordonner la communication de l'équipe de soins pour améliorer la transition des patients entre les secteurs (c. à d. soins de courte durée à la collectivité)

## Idées de changement

Utiliser l'outil de dépistage de SMH avec tous les patients admis en MGI

Le coordonnateur des soins de transition rencontre le patient avant son congé et agit en tant que point de contact unique

Les patients reçoivent les brochures des maillons santé

Rencontrer les patients pour comprendre leurs expériences avec les maillons santé

PSC créé dans les 30 jours suivant le congé

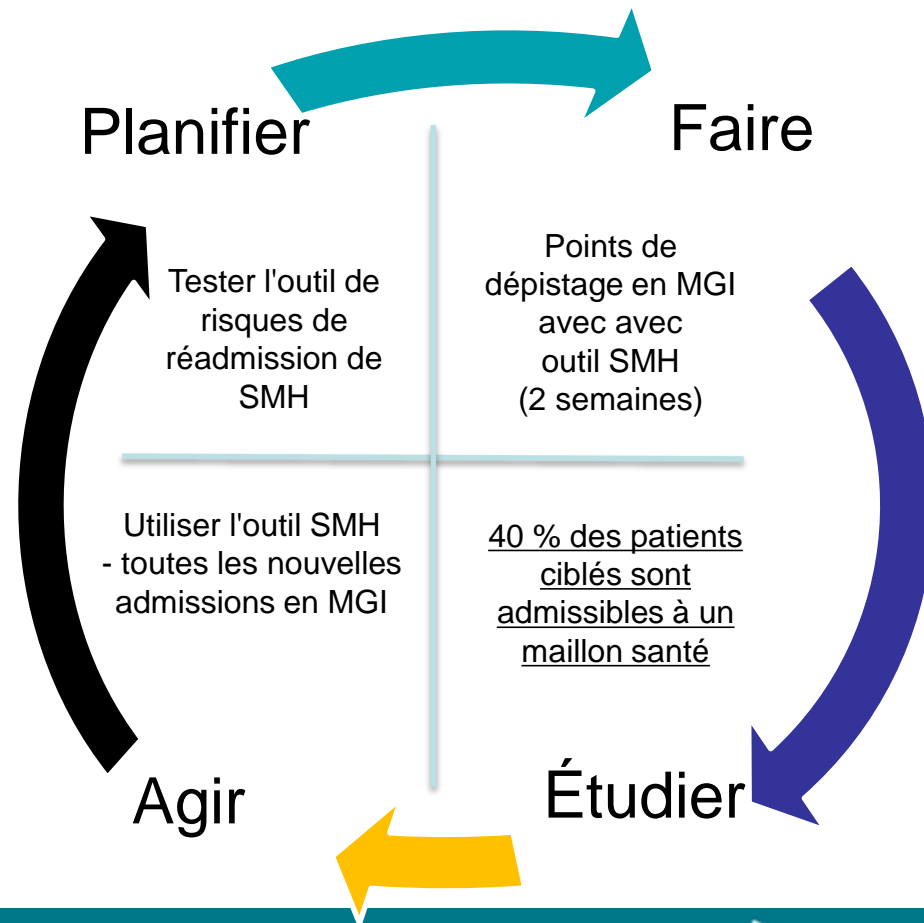
Rendez-vous de soins primaires dans les 7 jours suivant le congé

# Cycles PFEA

Tests de changements/cycles pour :

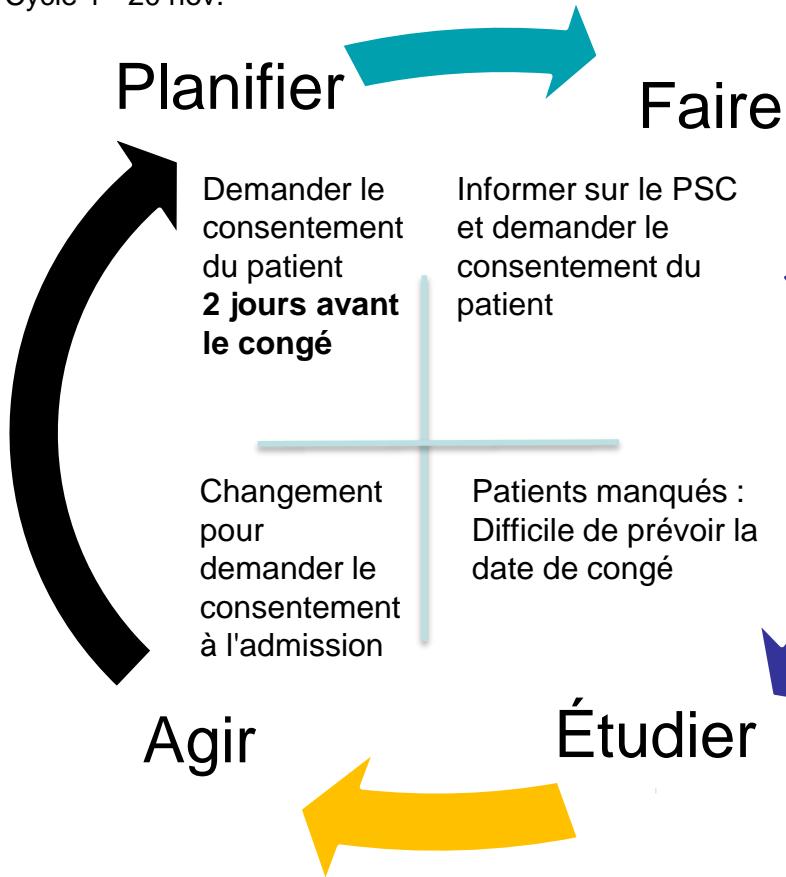
- 1) Outil de dépistage
- 2) Processus de dépistage
- 3) Processus de consentement des patients
- 4) Processus de référence de maillon santé
- 5) Transfert en douceur au coordonnateur de soins de transition

Exemple : Outil de dépistage  
Cycle 1 - 24 oct.

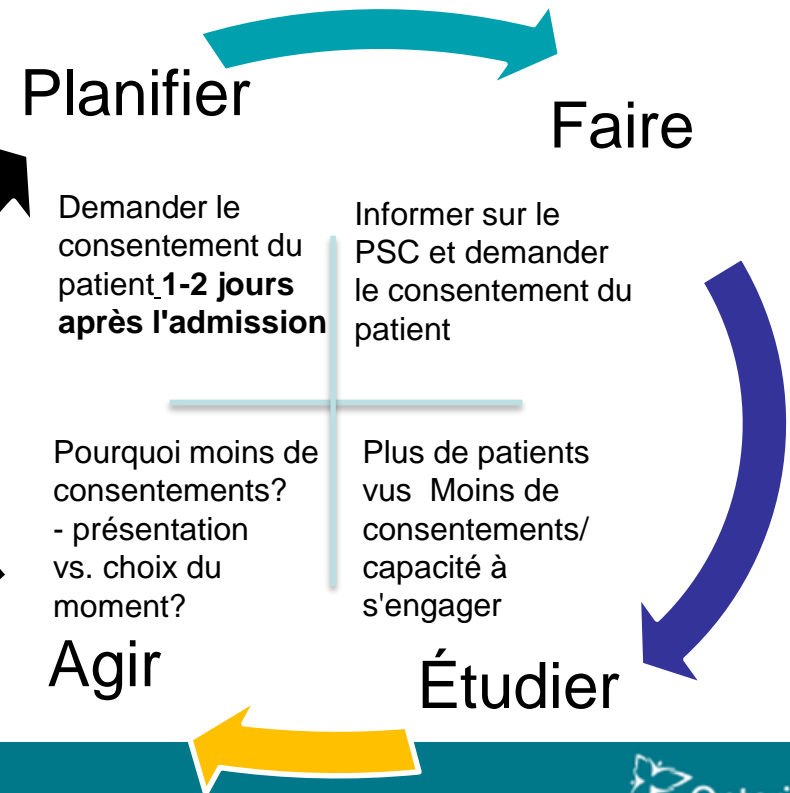


# Engagement et consentement des patients

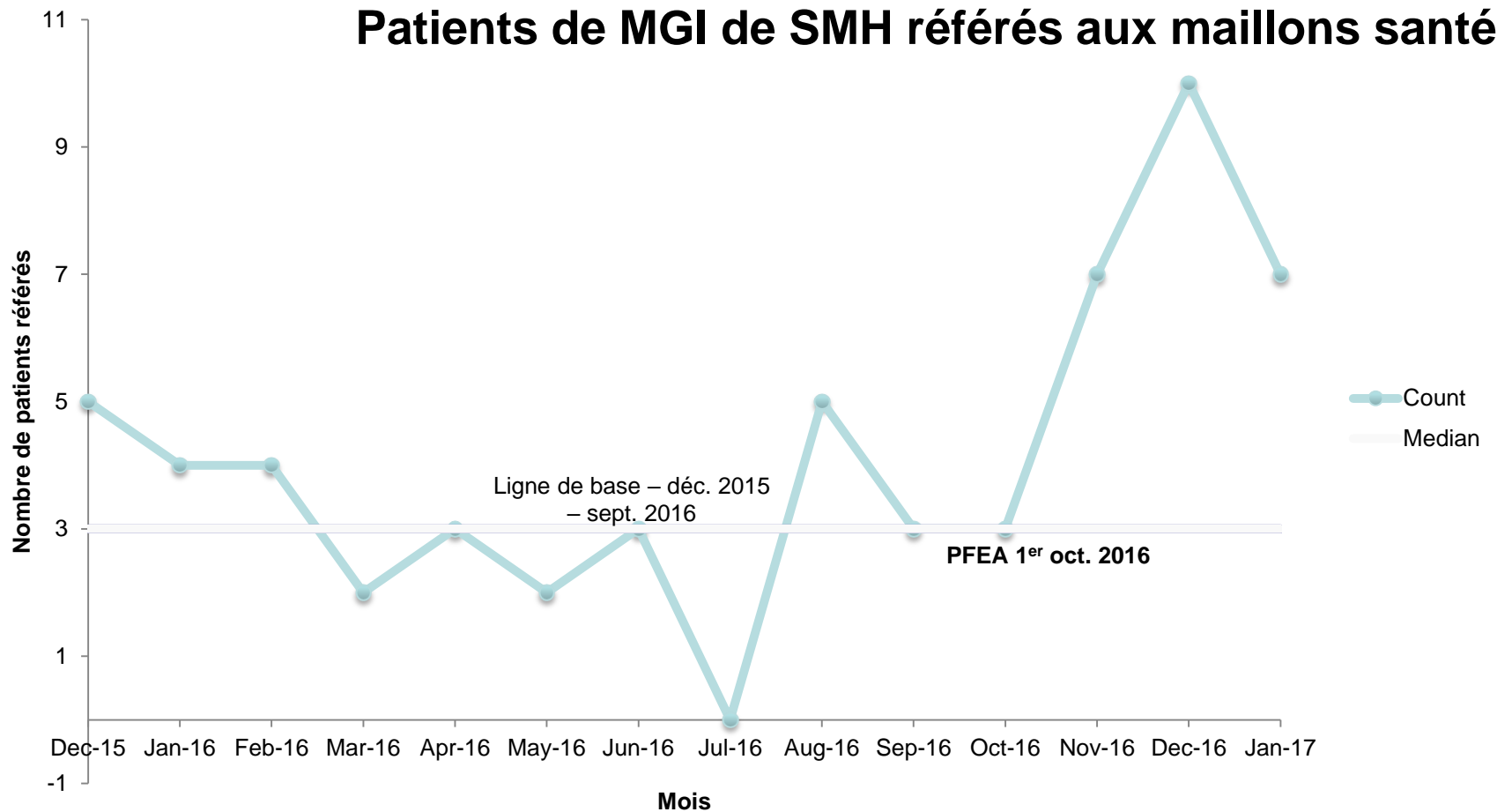
Cycle 1 - 20 nov.



Cycle 2 - 12 déc.



# Résultats - Dépistage et référence



# Taux de consentement au PSC

Référence en MGI de SMH d'octobre 2016 à janvier 2017

Le CST a rencontré le patient avant son congé?	Consentement à un PSC (compte)	PSC refusé (compte)	Taux de consentement (%)
<b>Oui</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>85 %</b>
Non	2	4	<b>33 %</b>
Total	8	5	<b>61 %</b>

\* Exclut les cas de « consentement en cours »

# Impact – Voici M<sup>me</sup> MC

Femme de 34 ans

- Tendances suicidaires fréquentes et acidocétose diabétique
  - Antécédents de TSPT
  - Passé les deux dernières années dans un refuge
- 
- Identifiée à l'aide de l'outil de dépistage de SMH
  - Rencontré le CST du METHL à l'hôpital
  - Conférence sur le cas de PSC effectuée dans les 30 jours



# Apprentissage global

## Outil de dépistage de SMH vs outil LACE

- Identifie les patients pour les maillons santé dès leur admission
- Comprend le sans-abrisme, la santé mentale, le médecin de famille
- Pour l'ICC et le BPCO; doit être révisé pour la population générale en MGI

## Transfert en douceur au CST à l'hôpital

- Soutien pour la théorie du changement : le patient consent plus facilement

## Plage de tension/limite de tolérance productive



# Défis globaux

- Durabilité – dépistage et engagement des patients créant une charge de travail supplémentaire
- Partage d'information électronique – aucune plateforme unique
- Prévoir la date de congé

# Prochaines étapes

## Continuer avec les idées de changement

- Appuyer/améliorer les processus en cours
- Les autres idées de changements incluent :  
Plans de soins coordonnés créés dans les 30 jours suivant la référence, expérience du patient

## Se propage aux autres milieux?

- Soins de courte durée/hôpitaux de réhab., autres maillons santé

# Reconnaisances

Merci aux personnes suivantes  
Sans vous, ce projet ne serait pas possible

- Yinka Macaulay, RLISS Toronto-Centre
- Ashnoor Rahim, Services communautaires WoodGreen
- Mary Eastwood, sous-région du Centre-Est
- Gayle Seddon, ST-CASC
- Leighanne MacKenzie, St Michael's Hospital
- Kim Grootveld, St Michael's Hospital
- Joe Mauti, QSSO
- Laura MacLagan, IRSS
- CST du METHL :  
Sandra Corrado, Xochil Amaya, Claire Bogomolny



Improving & Driving Excellence Across Sectors



## Intégrer le PSC à l'équipe de santé familiale

Jeni Millian, responsable des soins, CASC du Sud-Ouest

Paula Day, IA, équipe de santé familiale de TV

Llori Nicholls, IPA, équipe de santé familiale North Perth

Heather Ross, ergothérapeute, New Horizons Rehab

Commanditaire du projet : Maillon santé Huron Perth

Maillon santé London Middlesex

***Les rapports  
d'utilisation n'incluent  
pas toujours le bon  
patient!***

***L'omnipraticien ne  
participe pas au  
processus!***

***Le plan de soins  
coordonnés n'est  
pas créé!***



**Histoire : « Est-ce que la situation peut s'aggraver? »**

- **Ne s'affiche pas sur le radar médical**
- **Plusieurs organismes de soins**
- **Aucune participation de la famille**
- **Fait confiance à l'omnipraticien et au chirurgien plastique seulement**

**Qui aurait le plus besoin d'un PSC, l'équipe de l'omnipraticien doit participer**

# OBJECTIF et mesures

**Point important de l'objectif:** Réduire les visites aux urgences et les admissions à l'hôpital qui sont évitables pour les patients.

**OBJECTIF du projet IDÉES :** D'ici février 2017, nous allons élaborer 10 PSC à l'aide de collaboration au point de contact du patient dans un milieu de soins primaire de l'équipe de santé familiale Thames Valley (5) et North Perth (5)

*La preuve est dans les données*

Mesures du résultat : Nombre de PSC créés

Mesures des processus : Sondage de l'expérience du patient et du fournisseur, nb. d'objectifs atteints, échéance

Mesures d'équilibre : Nouveaux liens entre les ressources

## **Notre idée de changement :**

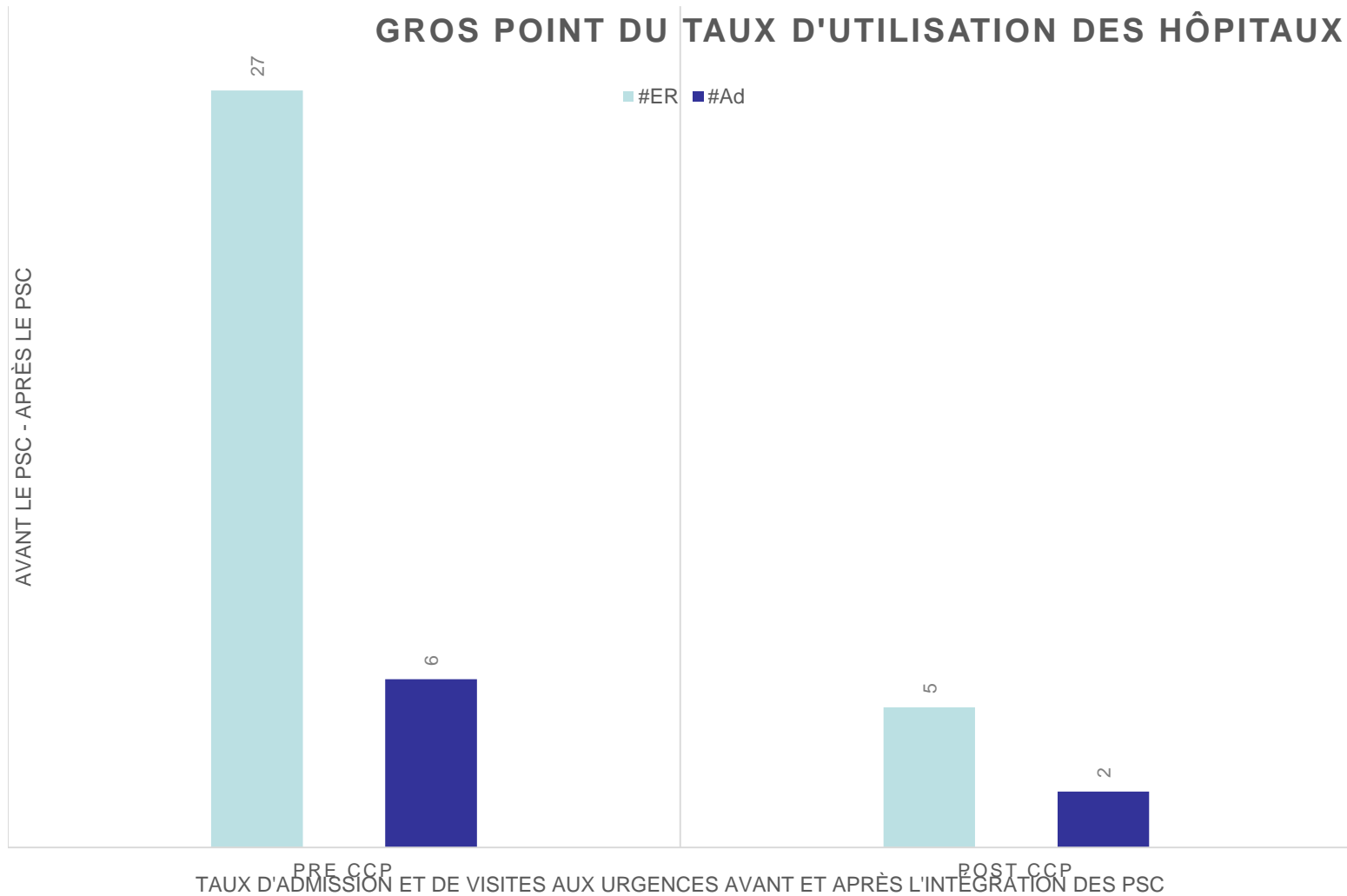
- L'identification des patients à risque élevé utilisant des programmes au sein d'une équipe de santé familiale.
  - Nos populations cibles : Les patients à risque élevé participant à un programme de prévention des chutes et à un programme de soins primaires à domicile.
- Lancer et créer un PSC au point de contact avec le patient.
- Faire appel aux équipes communautaires et de soins primaires pour contribuer au processus.

# Leçons tirées du processus PFEA :

- Identification
  - Méthode plus facile et améliorée pour l'identification des patients appropriés.
  - Identification améliorée des membres de l'équipe
- Communication
  - Partager l'information avant et après la réunion.
  - Information claire et précise pour le patient
  - Utiliser la technologie et gérer les doublons demeurent un problème.
- Gestion du temps
  - Faire appel aux membres de l'équipe au bon moment.
- Rôles et responsabilités interdisciplinaires

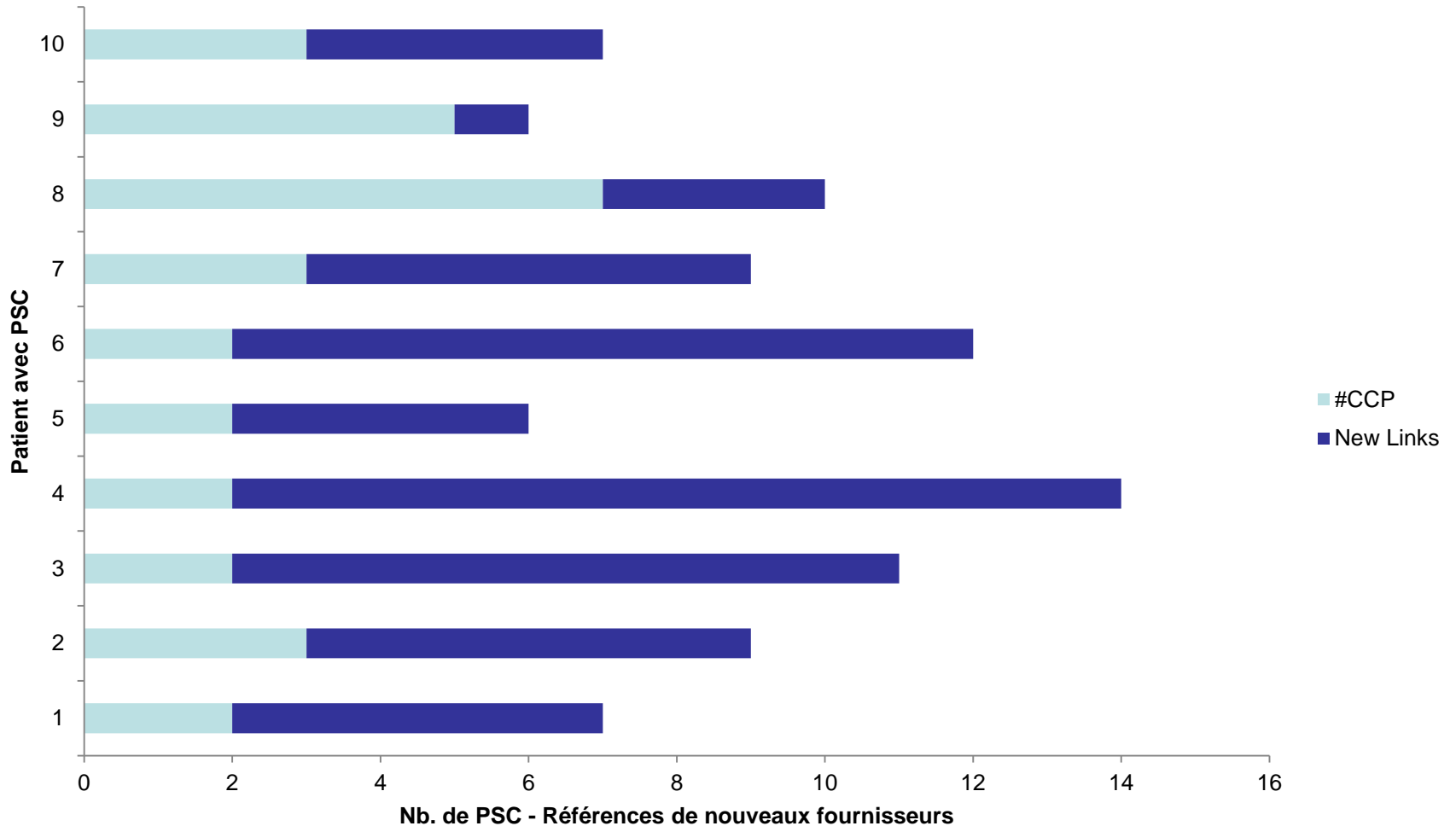


# Résultats/impact



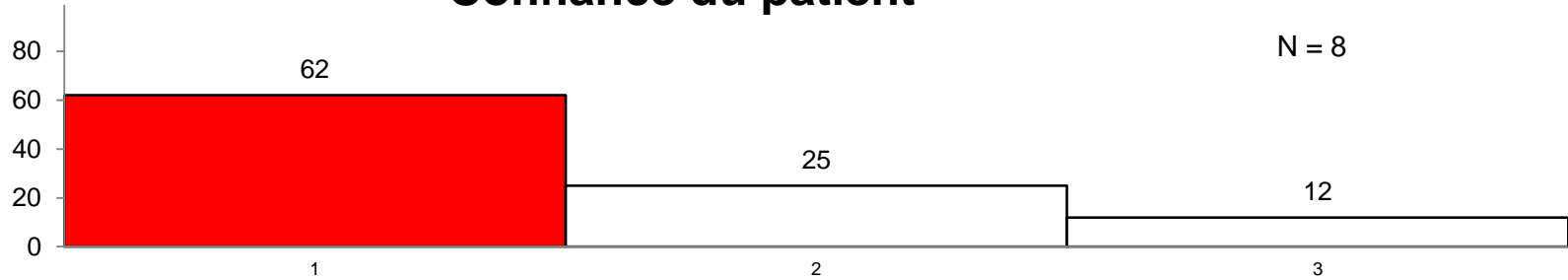
# Résultats/impact

## Nouveaux maillons santé utilisant les PSC

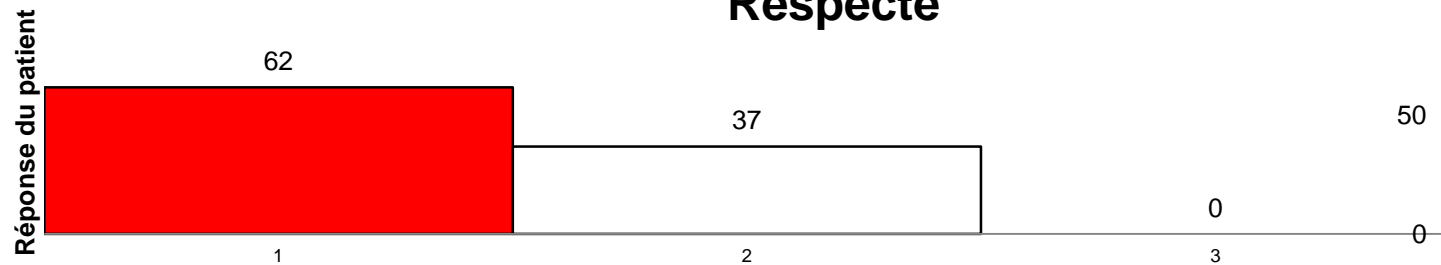


# Résultats/impact

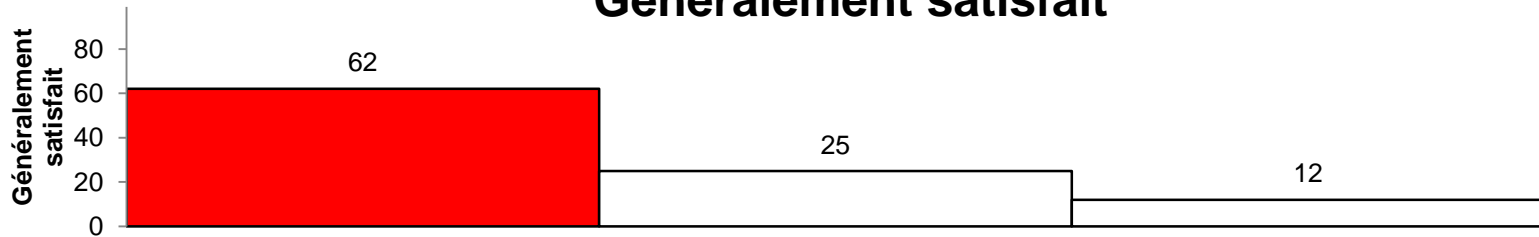
## Confiance du patient



## Respecté



## Généralement satisfait



# Voix du patient

# Commentaires des fournisseurs

# Commentaires des fournisseurs

# Apprentissage global

- Les patients ont peur des objectifs cachés et du changement et songent à leur santé.
- Les groupes plus petits et les conférences séparées sont moins stressants pour le patient et facilitent la participation des professionnels en santé.
- Créer le PSC au point de contact et en groupe.
- Il ne s'agit pas que d'un outil!
- Compréhension améliorée des rôles et des responsabilités des professionnels en santé.
- Mieux comprendre ce qui se passe dans les autres collectivités.

# Défis globaux

- Plusieurs outils de services d'urgence et de communication parmi les fournisseurs.
- Patients ayant des problèmes d'apprentissage et de santé mentale pour lesquels nous devons continuer à trouver des moyens créatifs les aidant à établir et atteindre leurs objectifs.
- Professionnels en santé ne désirant pas participer ou contribuer des ressources.
- Diversité géographique et transport.
- Ressources financières et de personnel en soins primaires.



# Prochaines étapes pour l'amélioration du progrès

- Envisager l'accès à CHRIS pour améliorer le partage des communications et empêcher les doublons de travail.
- Ajout du PSC aux services d'urgence de l'équipe de santé familiale ACCURO.
- Favoriser l'engagement du fournisseur de soins primaires avec le PSC pour la transition à l'hôpital et dans la collectivité.
- Propager la planification des soins coordonnés aux autres programmes d'équipe de santé familiale, c. à d. les soins palliatifs, les soins pour la mémoire.
- Moyens créatifs d'aider les patients à planifier leurs soins.
- Continuer à suivre les données et l'utilisation des PSC.

# Discussion

*Veillez soumettre vos questions à l'aide de la case « Question ».*



# COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DU LEADERSHIP DES MAILLONS SANTÉ :

## Ressources et événements

Prochains webinaires **Marquez vos calendriers!**

**22 mars - 12 h à 13 h**

Obtenir les commentaires des équipes IDÉES des maillons santé sur leurs expériences de mise en place des pratiques innovantes de transitions de soins

**26 avril - 12 h à 13 h**

Pratiques innovantes : Pratiques innovantes en santé mentale et lutte contre les dépendances, partie 1

- Création d'une présence en ligne pour la communauté de pratique des maillons santé est en cours. De plus amples renseignements seront offerts prochainement.



En apprendre plus sur les dates des programmes à venir  
et les échéances à suivre :

[ideasontario.ca/programs/advanced-learning-program/](https://ideasontario.ca/programs/advanced-learning-program/)



Improving & Driving Excellence Across Sectors

[@IDEASOntario](https://twitter.com/IDEASOntario) | [ideasontario.ca](https://ideasontario.ca)

# Sondages

# NOUS VOULONS VOUS ENTENDRE!

Vos commentaires sont importants et nous aimerions vous entendre!

Veillez envoyer vos suggestions pour des sujets que vous aimeriez voir abordés lors de webinaires à venir

**[HLHelp@hqontario.ca](mailto:HLHelp@hqontario.ca)**



**Ontario**

Qualité des services  
de santé Ontario

[www.HQOntario.ca](http://www.HQOntario.ca)

SUIVEZ@QSSOntario 