

Pleins feux sur l'amélioration de la qualité

Préconiser l'intégration des soins

Perspectives intersectorielles
du système de santé de l'Ontario



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

Résumé analytique

Intégrer les soins et veiller au bon déroulement des « transferts » entre professionnels de la santé est l'un des défis auxquels fait face aujourd'hui le système de santé de l'Ontario au chapitre de l'amélioration de la qualité. Un certain nombre d'indicateurs prioritaires associés à la mise en place de soins intégrés était inclus dans les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) soumis en 2014-2015 par les hôpitaux, les organismes de soins primaires, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), et les foyers de soins de longue durée. Ce rapport examine ces indicateurs et utilise des données tirées des PAQ de 2014-2015 pour montrer comment les organismes de PAQ des divers secteurs travaillent ensemble à ces questions.

Les PAQ de 2014-2015 révèlent que les organismes sont plus nombreux que jamais à reconnaître la nécessité d'une certaine collaboration entre secteurs pour améliorer la prestation des soins. De nombreux professionnels de la santé se sont penchés notamment sur les transitions, l'expérience et la satisfaction des patients. D'autres ont souligné l'importance de certaines initiatives, telles que maillons santé, conçues pour appuyer l'intégration des soins destinés aux patients qui ont des besoins complexes. Les maillons santé sont des équipes soudées de médecins de famille, de spécialistes, d'hôpitaux, de services de soins à domicile, de foyers de soins de longue durée et d'organismes de soutien communautaire. Ces équipes collaborent avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour coordonner des soins plus adaptés, assurer l'accès et améliorer les expériences des patients.

Ce rapport décrit des idées de changement et des activités d'amélioration de la qualité qui préconisent l'intégration des soins et, partant, de meilleures expériences pour les patients. Le but est d'expliquer comment les secteurs peuvent utiliser les PAQ et les données des PAQ pour harmoniser les efforts d'amélioration de la qualité et s'attaquer ensemble aux problèmes d'amélioration de la qualité – notamment ceux qui ne peuvent être résolus en vase clos.

Ce rapport, qui fait partie de la série *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité*, a pour but d'encourager les professionnels de la santé à faire équipe avec d'autres pour améliorer les modes de prestation des soins dans toute la province.



Introduction : Prestation de soins intégrés et avantages de la collaboration intersectorielle

Les indicateurs d'intégration évaluent la façon dont les différents secteurs du système de santé interagissent entre eux. C'est important, car un grand nombre de personnes, en particulier celles qui ont des maladies chroniques ou qui ont des besoins complexes, reçoivent des soins sur de longues périodes, de plusieurs fournisseurs de soins et dans des cadres différents. Comme il est indiqué dans le rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario (QSSO), À la hauteur, de nombreuses personnes, notamment celles qui ont des maladies chroniques ou ont des besoins complexes « dépendent de la collaboration efficace des différents secteurs du système de santé »¹. Ainsi, lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital, par exemple, le fournisseur de soins primaires doit savoir ce qui s'est passé à l'hôpital pour suivre le patient de façon appropriée. L'intégration de ces épisodes de soins est un objectif de l'amélioration de la qualité.

À la hauteur examine la qualité des soins de santé en Ontario à l'aide d'un ensemble concis d'indicateurs appelé programme commun d'amélioration de la qualité (PCAQ). Les indicateurs déterminent tout, de l'accès aux fournisseurs de soins primaires le jour même ou le jour suivant aux temps d'attente pour les chirurgies, de façon à donner une image complète des soins dans la province. Beaucoup d'indicateurs inclus dans le PCAQ se rapportent aussi à l'intégration des soins, domaine qui doit être amélioré en Ontario. En identifiant les indicateurs prioritaires, des rapports comme À la hauteur et le PAQ contribuent à améliorer le système de santé de façon durable au fil du temps.

Ces dernières années, les organismes et les professionnels de la santé de l'Ontario ont déterminé que la prestation de soins intégrés était le principal objectif de leurs efforts d'amélioration de la qualité. En fait, améliorer la prestation de soins intégrés était l'un des objectifs les plus souvent mentionnés dans les PAQ de 2014-2015, tous secteurs confondus.

Le PAQ démontre qu'il existe des approches différentes pour la prestation de soins intégrés. Cependant, la plupart des organismes de soins de santé de la province conviennent qu'un système bien intégré est un système axé sur les patients – comme l'indique le nombre de plus en plus important d'organismes qui incluent des indicateurs de l'intégration en plus des indicateurs de l'expérience des patients.

Sur les 545 organismes qui ont soumis un PAQ en 2014-2015, 513 (94 %) ont inclus des mesures de l'intégration comme suit :

Hôpitaux

- *Pourcentage de jours « autre niveau de soins » (ANS) : 91 % ont choisi cet indicateur.*
- *Taux de réadmission à l'hôpital en moins de 30 jours pour certains groupes de maladies analogues : 72 % ont choisi cet indicateur.*

Soins primaires

Visites dans un cabinet de soins primaires dans les sept jours qui suivent une hospitalisation : 99 % ont choisi cet indicateur.

Points saillants du rapport

Ce rapport se compose de trois parties. Le chapitre 1 traite des transitions et des expériences des patients; le chapitre 2 se penche sur des idées de changement qui préconisent la collaboration; enfin, le chapitre 3 examine de près les profils des organismes de soins de santé de la province.

Sur les 545 organismes qui ont soumis un PAQ en 2014-2015, 513 (94 %) comprenaient des mesures de l'intégration et 526 (97 %) comprenaient des mesures des expériences et de la satisfaction des patients.

Beaucoup se tournent vers l'extérieur – et au-delà de leur secteur – pour trouver des solutions qui nécessitent souvent des efforts concertés pour améliorer la qualité.

Le système de santé fait état d'une responsabilité et d'un engagement communs pour une meilleure intégration (mettant particulièrement l'accent sur les transitions et l'expérience/la satisfaction des patients) au moyen de partenariats et de la collaboration avec d'autres.

Les organismes qui ont fait part de la valeur des interactions avec d'autres lors de l'établissement de leur PAQ et jugé utile de consulter le PAQ d'autres organismes en ligne pour comprendre comment ils s'y prennent pour améliorer divers aspects du processus d'amélioration. Les PAQ fournis en 2014-2015, par les hôpitaux, les organismes de soins communautaires et les foyers de soins de longue durée peuvent être consultés [ici](#).

Introduction (suite).

Soins communautaires

Taux de réadmission à l'hôpital moins de 30 jours après l'hospitalisation : 93 % ont choisi cet indicateur.

Foyers de soins de longue durée

Visites aux urgences évitables pour les résidents : 89 % ont choisi cet indicateur.

Sur ces 545 organismes, 526 (97 %) ont inclus des mesures de l'expérience ou de la satisfaction des patients.

- Hôpitaux : 100 %, contre 83 % en 2013-2014.
- Soins primaires : 98,3 %, contre 87 % en 2013-2014.
 - o 100 % des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, contre 70 %.
 - o 98,7 % des centres de santé communautaire, contre 81 % en 2013-2014.
 - o 97,8 % des équipes de santé familiale, contre 76 % en 2013-2014.
 - o 100 % des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien, contre 75 % en 2013-2014.
- Soins communautaires : 100 % (première année de la soumission des PAQ).
- Foyers de soins de longue durée : 85 % (des 95 foyers qui ont soumis volontairement un PAQ). ■

Une sélection d'indicateurs de l'intégration intersectoriels*

1. Soins primaires : Visites dans un cabinet de soins primaires dans les sept jours qui suivent une hospitalisation

Détermine le pourcentage de clients qui voient leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours qui suivent une hospitalisation pour certains états de santé.

2. Hôpitaux : Pourcentage de jours « autre niveau de soins » (ANS)

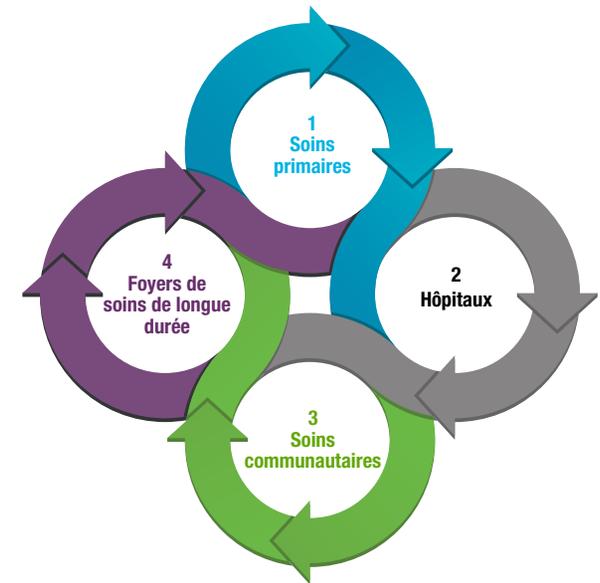
Détermine le pourcentage d'hospitalisations jours ANS, qui indique les patients qui n'ont plus besoin de soins actifs, mais continuent d'occuper des lits d'hôpitaux en attendant un transfert dans un autre établissement de soins.

Taux de réadmission en moins de 30 jours pour certains groupes de maladies analogues

Détermine le taux de réadmissions obligatoires dans les 30 jours qui suivent une hospitalisation..

3. Soins communautaires : Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent une hospitalisation

Détermine le pourcentage de clients de soins à domicile qui ont fait l'objet d'une hospitalisation non prévue dans les 30 jours qui suivent une hospitalisation.



4. Foyers de soins de longue durée : Visites aux urgences évitables pour les résidents

Détermine le nombre de visites aux urgences non prévues/évitable pour les résidents âgés de 65 ans et plus.

*Les quatre secteurs dépeints dans ce graphique sont les quatre secteurs qui ont soumis des PAQ. Nous sommes conscients que d'autres secteurs participant à la prestation des soins, y compris (entre autres) les soins à domicile, la santé publique, les services de soutien communautaire, etc.

« Placer les patients au sommet des priorités » n'est pas la responsabilité d'un seul gouvernement ou professionnel de la santé. Nous avons parcouru ce chemin ensemble – il est temps maintenant de continuer cette transformation. Le moment est venu de modifier collectivement notre culture et nos façons de procéder afin d'améliorer le système de santé pour tous. – *Eric Hoskins, ministre ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, au sujet de Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé en février 2015.*



Chapitre 1 : Intégrer les soins et améliorer les transitions et les expériences des patients

Chapitre 1 : Intégrer les soins et améliorer les transitions et les expériences des patients

Les transitions en matière de soins nécessitent parfois un certain nombre de professionnels d'un même et de plusieurs établissements et disciplines, qui doivent s'occuper d'un patient. L'intégration des soins peut générer des transitions fluides, ce qui permet aux patients et aux aidants de bien s'orienter dans le système de santé.

Cependant, le parcours d'un patient peut s'interrompre pour diverses raisons, comme, par exemple un plan de sortie non expliqué ou retardé, des instructions contradictoires de la part de divers fournisseurs, ou des erreurs de medication². En outre, les organismes qui ne placent pas le patient au centre de leurs efforts d'intégration ont souvent de la difficulté à assurer des transitions fluides³.

(Voir : L'histoire de Kirk et Peter à la page 8, exemple qui souligne la nécessité de prodiguer des soins intégrés de qualité.)

Davantage d'organismes commencent à reconnaître qu'ils ne peuvent pas améliorer de façon durable les indicateurs prioritaires concernant l'intégration en vase clos. En réalité, ces organismes se tournent vers l'extérieur – en fait vers le secteur tout entier – pour des solutions qui nécessitent souvent des efforts concertés

d'amélioration de la qualité.

Le thème des partenariats est illustré dans le graphique, « Collaboration au sein de chaque secteur » (page 7). Comme l'indique le graphique, le pourcentage de fois qu'un secteur donné a mentionné un autre secteur dans son PAQ (et désigné comme un partenaire) s'est accru. Cette tendance illustre les nouveaux efforts d'intégration qui prennent forme dans le continuum de soins en Ontario.

Nous ne pouvons pas encore dire si des organismes ont progressé vers leurs objectifs jusqu'au moment où ils soumettront leur rapport d'étape avec le PAQ de 2015-2016.

Cette section comprend également des renseignements d'organismes ontariens qui placent les soins intégrés au premier plan de leurs efforts d'amélioration de la qualité. QSSO a tiré les citations suivantes des PAQ soumis en 2014-2015, car ils illustrent l'intention d'améliorer la prestation des soins. Les exemples viennent d'organismes de diverses régions, grandes et petites, afin de présenter une vaste gamme de populations. Le thème des partenariats est évident dans chaque citation.

[Dryden Regional Health Centre \(DRHC\)](#)

« Dryden reconnaît que la force des partenariats est essentielle à un modèle de prestation de soins intégrés. La façon dont ceux-ci évoluent constitue la base du modèle du Dryden and Area Health Hub. La création du Dryden and Area Health Hub mettra à profit nos ressources communautaires, qui sont limitées, pour appuyer les organismes, dont le DRHC, afin de fournir des soins de santé sûrs et de qualité appropriée de façon accessible et complète. »

[Hôpital régional de Windsor](#)

« L'Hôpital régional de Windsor... a établi des liens solides avec les professionnels de la santé du RLISS d'Erie St. Clair... Ces partenariats sont indispensables, surtout du fait des efforts que nous déployons pour accroître la capacité de l'hôpital pour les patients nécessitant des soins actifs. Les indicateurs des PAQ, dont la réduction du pourcentage de jours ANS et du taux de réadmission en moins de 30 jours pour certains groupes de maladies analogues, autorisent la mise au point de cheminements cliniques communs afin de créer des transitions fluides entre hôpitaux et les organismes de placements/services communautaires. »

[Copernicus Lodge](#)

« Nous avons d'excellents rapports avec de nombreux partenaires communautaires qui appuient notre PAQ pour assurer des transitions en matière de soins sûres et efficaces pour nos résidents...Beaucoup d'initiatives d'éducation et de formation essentielles à la réussite de notre PAQ ne pourraient être réalisées sans nos partenariats avec Behavioural Supports Ontario, Public Services Health & Safety Association (sécurité du personnel), le Réseau régional de contrôle des infections, le Regional Geriatrics Program, les spécialistes des soins des lésions et de la mobilité, et nos nombreux fournisseurs de services sous contrat. »

Sun Parlour Home (Leamington)

« Le foyer continuera de participer à la stratégie du Maillon santé South Shore du comté d'Essex. Les participants comprennent les chefs de service et le personnel de notre foyer, de l'hôpital local, du Victorian Order of Nursing, de la Société Alzheimer, des centres de santé mentale, du personnel infirmier des services des urgences en gériatrie, du programme Outreach, de notre RLISS local et d'un groupe de médecins locaux. Ces groupes ont ciblé leurs efforts sur deux problèmes de santé précis pour assurer des interventions et un suivi adéquats et permettre aux personnes âgées de

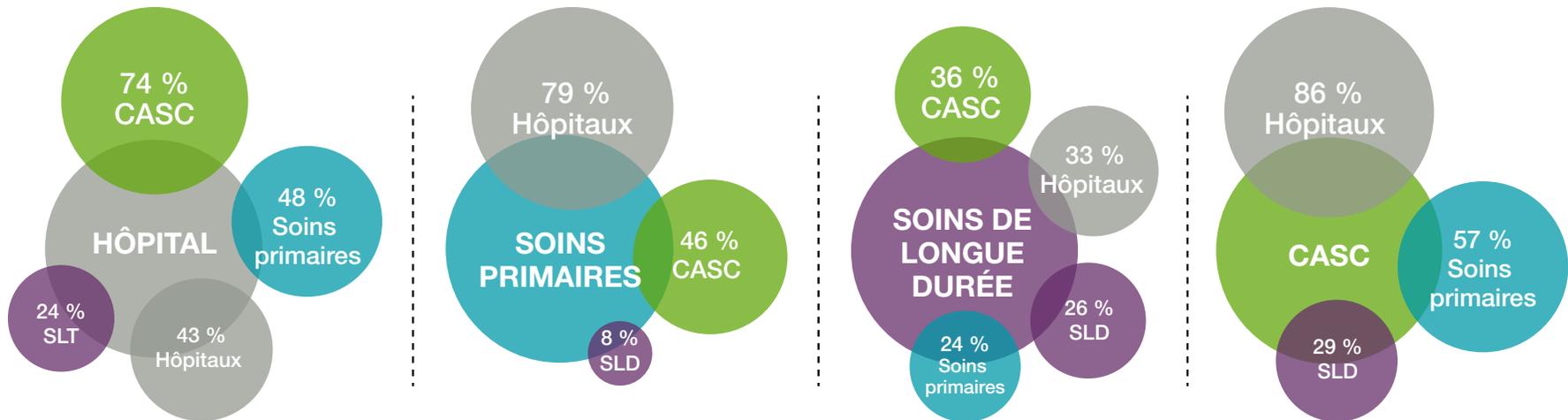
continuer à vivre chez elles et ne pas être placées dans un foyer de soins de longue durée. »

Équipe santé familiale Inner City

« Nous travaillons sur ces transitions par le biais de la participation directe du personnel. Nous demanderons à une infirmière agréée de l'équipe de prendre contact avec l'équipe de St. Mike responsable des sorties pour appuyer une transition efficace du patient en milieu communautaire. De plus, nous continuerons de faire équipe avec Houselink et le centre Fred Victor pour appuyer la prestation, par un promoteur en santé de

services dans un « point chaud » établi au 291 rue George par le biais de groupes qui se réunissent toutes les deux semaines. Au cours des 12 derniers mois, la communication continue avec les résidents de cet établissement s'est traduite par l'orientation vers le cabinet de soins primaires de l'ESF Inner City. La plupart des résidents de cet établissement sont des personnes qui étaient auparavant sans domicile fixe ou ont eu à faire avec le système de refuge, et vont souvent aux urgences pour des soins médicaux de routine ou des affections chroniques et complexes. » ■

Collaboration au sein de chaque secteur



Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de temps qu'un secteur donné a mentionné la collaboration avec un autre secteur dans son PAQ. La fréquence de ces partenariats s'est accrue au cours des années précédentes. Il convient également de noter la fréquence à laquelle d'autres secteurs du système de santé et au-delà sont mentionnés comme des partenaires. Les autres partenaires fréquemment mentionnés comprenaient les services de soutien (souvent >50 % du temps), SMU, logement avec services de soutien, fournisseurs de services communautaires de santé mentale, santé publique, services d'incendie et de justice. À titre d'exemple, 47 % des hôpitaux ont indiqué avoir collaboré avec un maillon santé, ce qui signifie collaborer avec plusieurs de ces organismes.

L'histoire de Kirk et Peter

« Nous devons modifier notre façon de voir les choses au profit d'une vision plus holistique du patient. »

Il y a six ans, Kirk Mason, 25 ans, est venu s'installer à Toronto pour étudier à l'université. Son grand-père, alors âgé de 76 ans, l'a accueilli chez lui. Cinq ans plus tard, les choses allaient changer brusquement pour Kirk et Peter, lorsque ce dernier a fait une chute et s'est cassé la hanche lors d'une visite dans sa famille à l'extérieur de Toronto. Il avait 81 ans.

Depuis, Peter a eu souvent recours au système de santé, et Kirk s'est trouvé confronté à la difficulté de coordonner ses soins et ses documents médicaux. Parfois, Kirk avait l'impression qu'on aurait pu éviter que son grand-père soit réadmis à l'hôpital et lorsque, selon lui, il n'y a pas eu de suivi avec un fournisseur de soins primaires dans les sept jours qui ont suivi la sortie de l'hôpital.

Peu après sa chute, Peter a subi une opération de la hanche et par la suite, durant son hospitalisation, on lui a diagnostiqué une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Pendant ce temps et à d'autres moments, Kirk pensait aussi que Peter n'a pas obtenu les services communautaires qui auraient facilité sa réintégration chez lui.

Kirk s'est dit alors qu'il devrait s'occuper de son grand-père après le diagnostic de MPOC.

« J'ai décidé que j'allais l'aider comme il m'a aidé, a expliqué Kirk, qui poursuivait ses études universitaires et travaillait à temps partiel. Un auxiliaire rémunéré par les services communautaires venait l'aider trois heures par semaine.

Au cours du mois qui a suivi son opération, Peter a commencé à donner des signes de dépression et de perte de mémoire et de mobilité. À l'insu de Kirk et de son médecin, Peter avait cessé de prendre les antidépresseurs qui lui avaient été prescrits. « Nous ne savons pas dans combien de temps le système s'en serait aperçu si je n'avais pas parlé au médecin de ses symptômes » a dit Kirk. Son grand-père a repris ses antidépresseurs, à la suite de quoi certains de ses symptômes ont disparu.

Une nuit, Peter s'est réveillé avec des douleurs dans la poitrine. Aux urgences, les examens ont révélé qu'il souffrait de défaillance cardiaque.

Kirk a ajouté ce qui suit : « Différents médecins lui prescrivait en permanence des médicaments incompatibles. Nous ne savions jamais qui appeler pour savoir si son dossier médical était à jour. »

Les problèmes de mémoire de Peter ont empiré. Il a vu un spécialiste qui a diagnostiqué une démence à l'âge de 82 ans, juste six mois après son diagnostic de MPOC. Après une longue attente, Peter a été admis dans une maison de retraite, ce qui a soulagé Kirk et sa famille, mais sa déception envers le système ne s'est pas atténuée. Après six semaines, Peter a été hospitalisé pour une blessure au pied qui s'est infectée; à l'hôpital, il a contracté une infection à *Clostridium difficile* et est décédé 20 jours plus tard.

Quand il pense à son grand-père et à ce qui lui est arrivé, Kirk dit que les organismes pourraient tirer des leçons pour améliorer la façon dont ils prodiguent des soins. »

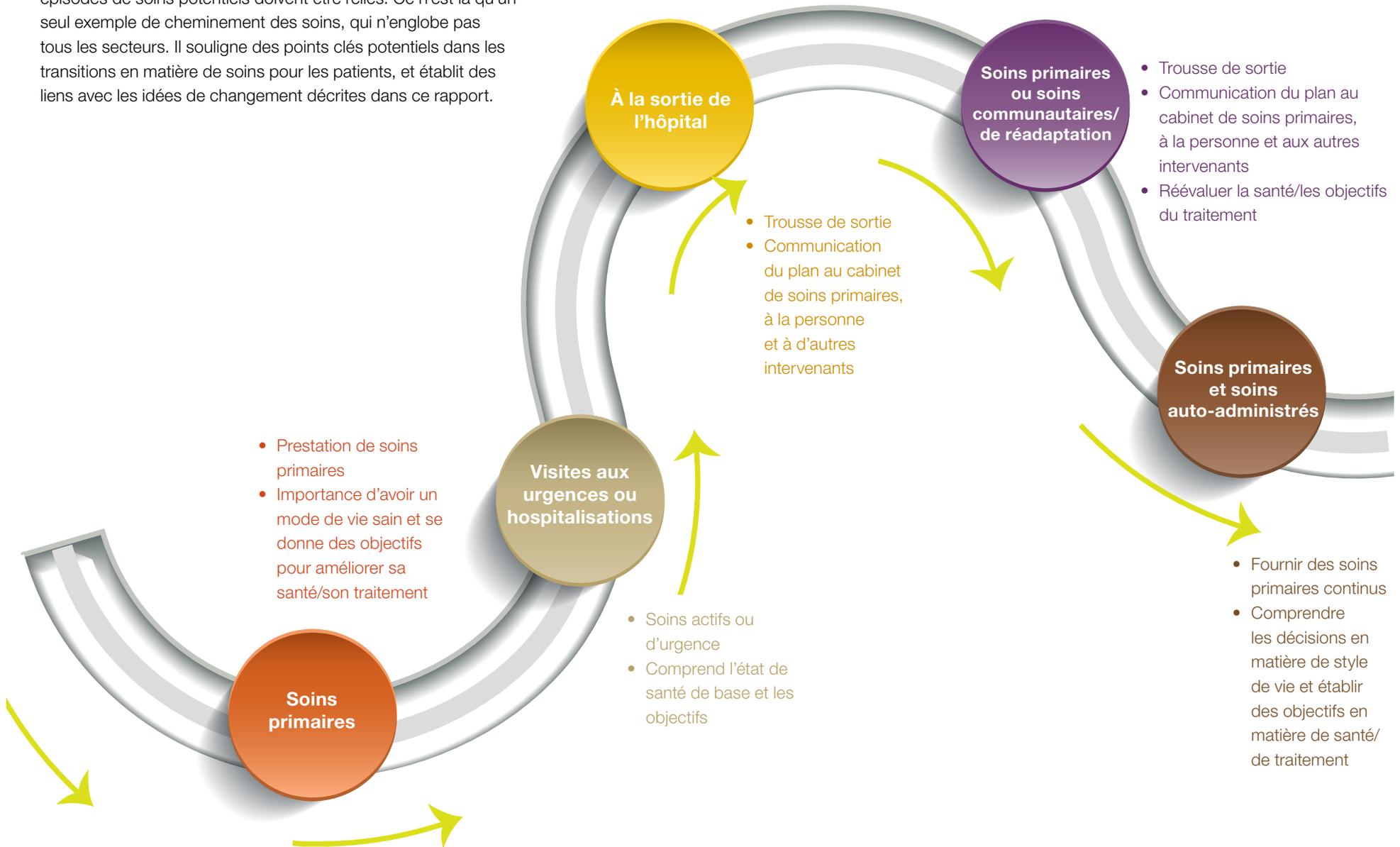
Ses expériences lui ont permis de collaborer avec le système de santé et de l'améliorer concrètement. En fait, lorsque Kirk est devenu le seul aidant de son grand-père, on lui a demandé de faire partie du conseil consultatif des patients et des aidants du Maillon santé de North York Centre Board, où il a fait part de ses commentaires et recommandé au maillon santé les améliorations à faire. On lui a ensuite demandé son point de vue sur la façon dont la technologie de l'information pourrait faciliter l'accès aux plans de soins coordonnés. Kirk a aussi participé directement à la mise au point d'un outil de communication et de coordination des soins, que le Maillon Santé a utilisé pour communiquer les professionnels de la santé entre eux. Depuis, il a siégé au sein d'un conseil qui a discuté du système de maillons santé avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Pour Kirk, le système intégré idéal se présenterait comme suit : « Lors de mon admission à l'hôpital, le personnel pourrait accéder à mon dossier médical contenant des renseignements sur mes antécédents médicaux, mes restrictions alimentaires et mes médicaments, etc. Au moment de quitter l'hôpital, on me dirait quand un professionnel de la santé viendrait chez moi et mon médecin de famille serait informé de la situation, de même que les membres de ma famille qui se seraient proposés de s'occuper de moi si j'en suis incapable moi-même. »

Par-dessus tout, affirme Kirk, « Selon moi, un système de soins intégrés serait fluide et rapide. » ■

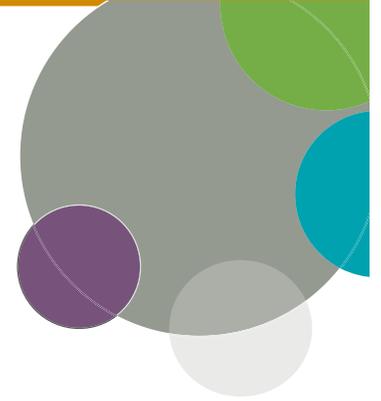
Parcours du patient dans un continuum de soins intégrés

Ce diagramme donne des exemples de la façon dont les épisodes de soins potentiels doivent être reliés. Ce n'est là qu'un seul exemple de cheminement des soins, qui n'englobe pas tous les secteurs. Il souligne des points clés potentiels dans les transitions en matière de soins pour les patients, et établit des liens avec les idées de changement décrites dans ce rapport.





Chapitre 2 : Étudier des idées de changement qui appuient la collaboration



Chapitre 2 : Étudier des idées de changement qui appuient la collaboration

Ce chapitre traite de certaines idées de changement mentionnées dans les PAQ de 2014-2015 qui préconisent la collaboration intersectorielle. La section **C'est encore mieux quand** propose des idées supplémentaires au profit d'efforts intégrés d'amélioration de la qualité en relation avec l'expérience du patient. On trouvera d'autres renseignements sur les idées de changement à [Compas Qualité](#) de QSSO, qui est un outil de recherche complet fondé sur des données probantes, conçu pour appuyer les dirigeants et les professionnels de la santé en leur proposant des pratiques exemplaires, des idées de changement reliées à des indicateurs, et d'autres ressources, qui améliorent le rendement du système de santé de la province.

● **Indicateur** : Réduire le pourcentage de jours « autres niveaux de soins » (ANS)

Idée de changement : 15 hôpitaux ont décrit l'importance d'améliorer les processus du système et le flux de l'hôpital au prochain niveau de soins au moyen d'idées de changement, comme déterminer la date de sortie prévue, créant des groupes interprofessionnels pour effectuer régulièrement des rondes des patients et surmonter les obstacles lors de la sortie et organisant

des réunions de routine avec les CASC pour discuter de la réintégration au domicile ou en milieu communautaire (conformément à la [philosophie Chez soi avant tout](#)). Certains ont même désigné des planificateurs des sorties pour les CASC à l'intérieur de l'hôpital.

C'est encore mieux quand :

- La philosophie Chez soi avant tout comprend des ressources communes fondées sur les besoins de la population de patients et les choix et préférence des patients.
- Des coordonnateurs de cas/orienteurs des patients des CASC font partie des services des urgences locaux pour éviter les admissions.
- Les hôpitaux collaborent avec d'autres hôpitaux, les CASC et des organismes pour mettre au point des méthodes créatives afin de prodiguer des soins de façon appropriée ailleurs lorsque les patients ne veulent pas être hospitalisés et les soins peuvent être fournis en toute sécurité au domicile du patient.

Pleins phares sur : St. Joseph's Health Care System (Hamilton) et le programme de soins intégrés

Dans son PAQ de 2014-2015, St. Joseph décrit l'objectif du programme de soins intégrés comme suit : « bâtir nos processus de soins autour des cheminement du patient, en collaborant étroitement avec les organismes partenaires et notre réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) afin de simplifier ces cheminement, les rendre plus sûrs, plus pratiques et, surtout, pour obtenir de meilleurs résultats cliniques. »

Le programme de soins intégrés, projet collaboratif entre St. Joseph's Home Care, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant, « met à la disposition des patients un gestionnaire de cas qui organise des soins à l'hôpital et à domicile, ainsi qu'une ligne de téléphone accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en cas de questions. Les résultats préliminaires montrent un taux très élevé de satisfaction des patients, de meilleurs résultats cliniques, moins de réadmissions dans les hôpitaux et de visites aux urgences, ainsi qu'une réduction de la durée des séjours à l'hôpital et des coûts. »

● **Indicateur :** Réduire les taux de réadmission en moins de 30 jours pour certains groupes de maladies analogues

Idée de changement : 14 hôpitaux ont amélioré les processus de communication et créé des plans de sortie individuels pour remplacer les processus/dossiers de sortie génériques.

C'est encore mieux quand :

- Les patients/résidents, les aidants familiaux, les équipes de soins primaires, les spécialistes et les fournisseurs de soins communautaires participent comme des partenaires à part entière à l'évaluation de l'état actuel et du risque de réadmission dans le cadre de leurs plans de soins individualisés.
- Les patients/résidents et/ou les aidants familiaux ont le sentiment d'être inclus dans leur plan de soins individualisé et on leur demande s'ils comprennent l'information présentée.

Pleins phares sur : l'Hôpital général d'Almonte (RLISS de Champlain) et le plan de soins individualisé et de sortie (PSIS)

En 2014-2015, ce petit hôpital a établi des plans de soins individualisés et de sortie au cours des 24 heures qui ont suivi la décision d'admettre chaque patient au service de soins médicaux-chirurgicaux. L'hôpital crée en outre un modèle de plan de sortie spécifique afin de communiquer avec les fournisseurs de soins primaires. Cette stratégie est aussi utilisée par d'autres hôpitaux.

● **Indicateur :** Améliorer les visites aux cabinets de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital

Idée de changement : 224 organismes de soins primaires ont dit collaborer avec les hôpitaux pour recueillir des données/informations en temps opportun lorsque les patients quittent l'hôpital.

C'est encore mieux quand :

- Une équipe de soins primaires affectée au patient est prévenue lors de son admission à l'hôpital ou aux urgences.
- Un fournisseur de soins primaires affecté au patient participe à l'établissement d'un plan de soins individualisé – et s'assurer que ces dispositions sont prises dès possible après la sortie de l'hôpital⁴.

Pleins phares sur : L'équipe de santé familiale Georgian Bay (RLISS de Simcoe Nord Muskoka) et les plans de soins coordonnés pour les patients atteints de plusieurs maladies complexes

En 2014-2015, cette équipe de santé familiale a fait part de son objectif d'établir davantage de plans de soins coordonnés entre secteurs pour les personnes qui font grand usage des soins de santé. Très souvent, ces personnes voient plusieurs fournisseurs de soins dans des cadres différents, par conséquent les plans de l'ESF identifient « le fournisseur de soins le plus responsable » en milieu communautaire. Afin de s'assurer qu'ils sont bien utilisés, Georgian Bay modifie les processus de fonctionnement quotidien des fournisseurs de soins de façon à indiquer quand l'équipe doit se réunir pour discuter des plans de soins concertés pour les patients qui ont des besoins complexes.

● **Indicateur :** Réduire les taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent la sortie

Idée de changement : La moitié des CASC a parlé de la mise en place d'un service de soins infirmiers d'intervention rapide et deux CASC ont indiqué recourir aux services de télésoins pour permettre à plus de patients qui ont des besoins complexes ou des maladies chroniques de recevoir des soins appropriés chez eux.

C'est encore mieux quand :

- Tout renseignement pertinent obtenu lors de la prestation des services de soins infirmiers d'intervention rapide ou des télésoins est communiqué au fournisseur de soins primaires du patient. Si le partage de l'information a toujours été un défi en raison des questions de confidentialité, les données expérientielles et de recherche démontrent que l'absence de communication entre les fournisseurs contribue aux événements indésirables et aux réadmissions potentielles⁵.

Pleins phares sur : Le CASC du Nord-Ouest et l'expansion régionale du programme de télésoins à domicile

En 2014-2015, le CASC du Nord-Ouest a prévu d'élargir un programme de télésoins à domicile et du programme Télésoins de Thunder Bay à deux collectivités régionales. « Nous testerons des méthodes différentes de gestion des actifs (prestation et installation du matériel plus diagnostic de problèmes de façon continue) afin de déterminer la meilleure façon de procéder. Le Réseau de télésanté de l'Ontario (RTO) a mis au point un questionnaire que nous utiliserons pour déterminer le niveau de satisfaction des patients. »

● **Indicateur** : Réduire les visites aux urgences évitables pour les résidents

Change Idea: 39 % des 83 foyers de soins de longue durée qui ont choisi cet indicateur ont indiqué inclure les membres des équipes interdisciplinaires dans les stratégies de planification et permettre au personnel d'accéder aux ressources et fournitures et de participer aux réunions/rondes pour discuter des plans de soins des résidents les plus susceptibles de se rendre aux urgences.

C'est encore mieux quand :

- un processus de planification commun est établi entre les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux et quand les foyers déterminent des pratiques exemplaires pour les affections qui provoquent la majorité des visites aux urgences évitables (p. ex., soins des blessures, dialyse et plaies de pression).

Pleins phares sur : Le Parkwood Mennonite Home (Waterloo Wellington) et la carte de soins*

En 2014-2015, ce foyer a utilisé des cartes de soins pour les chutes et les maladies respiratoires afin de réduire les visites aux urgences. Le foyer travaillera aussi sur des stratégies concertées avec des équipes d'intervention infirmière et les hôpitaux pour déterminer les causes potentielles des visites aux urgences.

*La carte de soins décrit les étapes et les moments décisifs dans la gestion d'une affection. Elle est fondée sur des lignes directrices médicales, des données probantes récentes et le consensus d'experts. Une carte de soins comprend une ou plusieurs pages qui, globalement, illustrent le cheminement complet d'un patient pour une affection donnée.

Les plans d'amélioration de la qualité en chiffres

Voici le nombre total d'organismes qui ont soumis des PAQ en 2014-2015.

CASC

14 PAQ

6 indicateurs prioritaires

1 année de progrès

Hôpitaux

146 PAQ

7 indicateurs prioritaires

4 années de progrès

Foyers de soins de longue durée

95 PAQ

6 indicateurs prioritaires

1 année de participation volontaire

Soins primaires

292 PAQ

5 indicateurs prioritaires

2 années de progrès

Les organismes ont exprimé l'intérêt d'interagir avec d'autres lors de l'établissement des PAQ et ont trouvé utile de consulter les PAQ d'autres organismes en ligne pour comprendre la façon dont ils travaillent sur divers aspects de l'amélioration. Le PAQ de 2014-2015 des hôpitaux, des organismes de soins communautaires et des foyers de soins de longue durée peuvent être consultés [ici](#).

À l'avenir, tous ces organismes devront soumettre un PAQ. Cela signifie qu'en 2015-2016, plus de 1 000 organismes auront un plan d'amélioration de la qualité.

Autres idées de changement

- **Indicateur :** Réduire le pourcentage de jours ANS

Idées de changement :

- 15 hôpitaux ont créé des comités d'examen des ANS.
- 9 hôpitaux ont préparé des options avant l'ordre de sortie.
- 8 hôpitaux ont établi des plans pour travailler avec les CASC en tant que partenaires pour déterminer et éliminer les obstacles au moment de la sortie de l'hôpital.

- **Indicateur :** Réduire les taux de réadmission en moins de 30 jours pour certains groupes de maladies analogues

Idées de changement :

- 68 hôpitaux (47%) ont indiqué participer aux Health Links.
- 30 hôpitaux ont inclus des initiatives pour renforcer les soins de transition et assurer un suivi approprié.
- 10 hôpitaux ont promu l'autogestion des patients grâce à des efforts éducatifs efficaces.
- 4 hôpitaux ont commencé à superviser la médication des patients à la sortie.

- **Indicateur :** Améliorer les visites aux cabinets de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital

Idées de changement :

- 42 organismes ont encouragé les patients à contacter les fournisseurs de soins primaires et informé le cabinet en cas de visite récente aux urgences ou à l'hôpital.
- 23 organismes ont appris aux patients à donner aux hôpitaux le nom et les coordonnées de leur fournisseur de soins à l'aide d'un « passeport » ou d'une carte de contact.

- **Indicateur :** Réduire les taux de réadmission à l'hôpital 30 jours dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital

Idées de changement :

- Un CASC, en partenariat avec plusieurs organismes communautaires offrant des services de soutien, a mis sur pied un service d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque qui peuvent vivre chez elles, mais ont besoin de soutien personnel de façon continue, comme des services d'aide familiale, des contrôles de sécurité et des services de rassurance.
- Deux CASC ont analysé ceux de leurs patients qui sont réadmis et décidé de déployer une stratégie d'amélioration afin d'éviter la réadmission des patients en soins palliatifs. Ils travaillent sur leur programme de soins infirmiers palliatifs afin d'assurer une gestion uniforme de la douleur et

des symptômes dans le but d'aider les clients en soins palliatifs à rester chez eux le plus longtemps possible, qu'ils vivent en milieu communautaire ou dans un foyer de soins de longue durée.

- **Indicateur :** Réduire les visites aux urgences évitables pour les résidents

Idées de changement :

- 39 foyers ont déterminé d'autres moyens de soigner les personnes atteintes de maladies chroniques communes en phase précoce.
- 32 foyers ont appliqué une approche de travail d'équipe, y compris des réunions/rondes, en ciblant les résidents les plus susceptibles de se rendre aux urgences.
- 21 foyers ont appuyé le mentorat et la formation continue du personnel, notamment pour les préposés aux services de soutien à la personne, afin de détecter et de surveiller des signes de détérioration (comme la déshydratation) chez les résidents.



Chapitre 3 : Exemples de réussite intersectorielle

Chapitre 3 : Exemples de réussite intersectorielle

Ce chapitre porte sur les organismes qui font partie du système de santé de l'Ontario, ont soumis un PAQ et collaborent pour intégrer les soins au-delà de leurs quatre murs. Ces exemples de réussite illustrent aussi la façon dont les partenariats, le travail d'équipe et les passerelles entre secteurs et disciplines peuvent améliorer l'expérience des patients. Dans chaque exemple, les organismes ont renforcé leur engagement en les mettant en évidence dans leurs PAQ respectifs. Les exemples sont présentés en ordre alphabétique.

Exemples de réussite

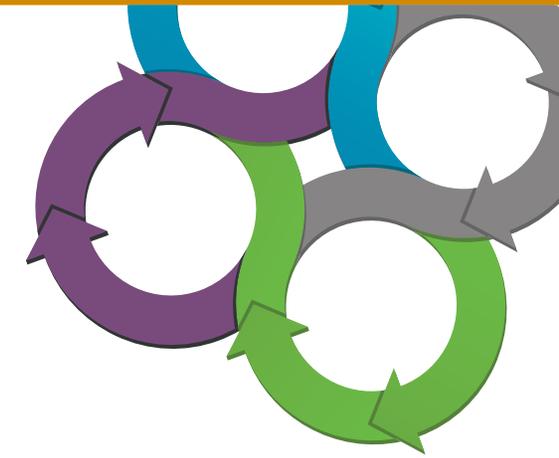
L'Équipe de santé familiale et Maillon de santé de Barrie (BCFHT) a manifesté son engagement à préconiser l'intégration et la continuité des soins en créant une clinique MVP (Most Valuable Person).

« La clinique MVP part du principe que le patient est « la personne qui compte le plus » dans la prestation des soins et travaille avec chaque patient afin de prioriser les buts personnels et les besoins déterminés par les cliniciens. Pour 2014-2015, le but [était] de faire en sorte que le DME de 100 % de patients mentionne les visites à l'hôpital et comprenne un plan documenté de soins coordonnés, et que cinq médecins de soins primaires orientent les patients vers la clinique MVP. L'équipe interdisciplinaire de la clinique MVP s'est élargie pour inclure une IA, une infirmière praticienne, un travailleur social, une assistante administrative, un pharmacien agréé, une diététiste, un ergothérapeute et

un agent de santé communautaire par l'intermédiaire du Barrie Community Health Center. » La clinique MVP continuera de répartir les transferts et d'accepter des patients, tout en s'appliquant à fournir des « soins primaires holistiques, axés sur le patient », afin de réduire l'incidence financière sur tout le système de santé. »

Le **Baycrest's Apotex Centre, Jewish Home for the Aged** a collaboré avec des partenaires du système, le CASC du Centre-Toronto et du Centre, l'Hôpital général de North York, et l'Integrated Community Care Team (ICCT) pour répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins subaigus à l'aide de services axés sur les patients, coordonnés et intégrés. Baycrest collabore également avec une quinzaine de partenaires communautaires à l'établissement du Maillon santé du Nord-Ouest.

« Notre PAQ vise essentiellement à améliorer l'accès et le flux dans nos programmes cliniques et à l'échelle du système. Au cours du printemps 2013, Baycrest a transformé son unité de soins aigus en unité de soins en matière de transition. Soucieux de gérer les troubles cliniques subaigus à l'interne et d'éviter les transferts évitables aux établissements de soins actifs, nous avons lancé une initiative d'accroissement de la capacité à plusieurs volets englobant la planification des soins, une meilleure gestion des transitions et la mise en œuvre d'outils et de techniques d'accroissement de la capacité pour le personnel clinique. »



« À titre de fournisseurs de soins, nous devons créer un environnement où nos clients traitent avec une seule équipe de soins, dont les membres collaborent avec eux, communiquent bien entre eux et s'assurent que chaque client reçoit les soins dont il a besoin, quand il en a besoin. – CASC de Toronto-Centre, dans son plan d'amélioration de la qualité de 2014-2015.

Le **Maillon santé de Huron Perth** a aligné ses objectifs sur ceux énoncés dans les PAQ de 2014-2015. Les maillons santé ne sont pas tenus de soumettre un PAQ, les quatre hôpitaux de Huron Perth et les neuf équipes de santé familiale (ESF) qui participent au maillon santé se sont penchés ensemble sur leur travail afin de créer « un système » pour chaque PAQ.

Ce Maillon santé a mis en place un processus coordonné de planification des soins et collaboré avec le [programme IDÉES](#) vers la fin de 2014 dans le cadre d'un projet visant à réduire de 10 % le recours aux urgences (visites aux urgences et jours d'hospitalisation) par les personnes âgées et celles qui souffrent de MPOC et d'ICC avant le 31 mars 2015. Le but du projet IDÉES de faire en sorte que 85 % des patients identifiés comme ayant des besoins complexes et dotés d'un plan de soins seraient « confiants », voire « très confiants » d'atteindre les objectifs qu'ils se sont donnés.

Ce Maillon santé a aussi créé une liste des fournisseurs de soins de Huron-Perth afin de partager l'information pertinente et les ressources locales. Les ESF travaillent de concert avec des responsables cliniques et de la qualité pour établir des priorités en matière d'amélioration de la qualité et des plans de travail destinés aux spécialistes du soutien décisionnel en matière d'amélioration de la qualité.

La clinique dirigée par du personnel infirmier praticien VON 360 Degrees a noué des liens solides avec l'hôpital local, le Peterborough Regional Health Centre (PRHC). Elle collabore avec le PRHC afin de s'assurer qu'on demande aux nouveaux patients s'ils ont un médecin de soins primaires ou une infirmière praticienne.

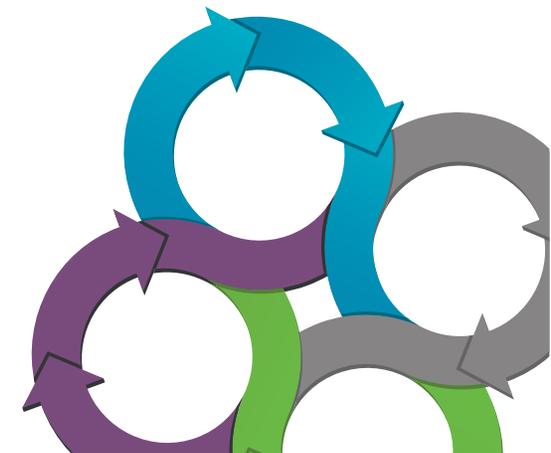
Ainsi, cette clinique dit vérifier que « l'hôpital transmet en temps voulu les dossiers de ses patients aux membres de notre personnel infirmier praticien. Le service des urgences du PRHC nous prévient quand nos patients vont aux urgences afin qu'un membre de notre personnel infirmier assure le suivi par téléphone dans les 24 à 48 heures qui suivent la sortie de l'hôpital. » Cette clinique dit également « qu'en 2013, elle a été invitée à participer à l'événement de planification stratégique de deux jours de PRHC en tant que partenaire communautaire actif. En outre, nous sommes heureux d'indiquer que nos infirmières praticiennes furent les premières de notre localité à bénéficier de privilèges qui nous permettent d'accéder aux dossiers électroniques de l'hôpital se rapportant à nos patients. »

Le **Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISSWW)** a entrepris de réduire le pourcentage de jours ANS de façon collective. QSSO a constaté que les hôpitaux de la région de Waterloo Wellington avaient mentionné plusieurs initiatives dans leur PAQ ayant pour but de réduire le taux de jours ANS.

« Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) établit un objectif pour le pourcentage de jours ANS à l'échelle du RLISS, égal à l'objectif provincial que tous les hôpitaux devaient atteindre avant la fin de 2014-2015. La plupart des hôpitaux de la région ont choisi la limite supérieure de l'échelle de rendement établie dans leur entente de responsabilisation comme l'objectif de leur PAQ. En juillet 2014, le RLISS avait réduit son pourcentage de jours ANS de 11 %, soit près de la moitié de leur objectif. »

Le RLISSWW a réduit son pourcentage de jours ANS, en partie en raison d'un processus que le CASC de

Waterloo Wellington a déployé en 2012, intitulé « Easy Coordinated Access ». C'est une manière de faciliter les transitions entre les professionnels de la santé, car cela permet aux fournisseurs de soins primaires et aux coordonnateurs des soins du CASC de trouver facilement des services de soutien communautaire et d'orienter les gens vers ces services ou des services gériatriques spécialisés dans la région de Waterloo Wellington. Pour assumer ce rôle élargi, le CASC a fait la transition vers un nouveau modèle de soins et dirigé ses clients nécessitant peu de soins actifs vers le secteur des services de soutien communautaire. Le CASC a aussi créé un poste de coordonnateur du flux des patients, dont le titulaire a la responsabilité de savoir où les patients se situent dans le système et les services auxquels ils peuvent accéder. En outre, un comité formé d'experts de l'ensemble du RLISS, le Patient Care Transitions Steering Committee, a été formé pour surveiller toutes les données relatives à l'utilisation des soins de santé dans la région. Ce programme a réuni tous les fournisseurs de la région et des divers secteurs pour cibler le pourcentage de jours ANS. ■





Assembler tous les éléments :
Cultures de communication et de
collaboration

Assembler tous les éléments : Cultures de communication et de collaboration

Les PAQ de 2014-2015 décrivent le système de santé de l'Ontario et les efforts qui y sont déployés pour améliorer la prestation de soins intégrés. Le désir des organismes d'atteindre ou de dépasser les objectifs provinciaux pour chaque indicateur d'intégration prouve que de nombreux professionnels de soins dans notre système de santé sont déterminés à améliorer continuellement ce domaine. Nous espérons que ces exemples encourageront d'autres personnes à se pencher sur leurs activités d'amélioration de la qualité en cours et à réfléchir à la façon dont elles abordent l'intégration. Il est important de poser des questions pour faire ce changement : A-t-on identifié les partenaires qui nous aideront à améliorer nos façons de procéder? De quelle manière peut-on collaborer pour aborder les indicateurs d'intégration? Quelles idées de changement sont-elles utilisées ailleurs et qui pourraient aider votre PAQ à atteindre ses objectifs?

Le rapport décrivait aussi la façon dont les organismes participant aux initiatives prioritaires pour le système de santé, dont les [maillons santé](#), s'appliquent activement à améliorer l'intégration des soins pour les patients aux besoins complexes. La création de nouveaux maillons santé accroîtra les possibilités de voir ces collaborations comme un élément des efforts déployés pour améliorer la qualité. En outre, la demande actuelle de propositions

associées aux [modèles de financement intégrés](#) souligne l'importance d'évaluer la meilleure façon d'harmoniser les incitatifs ayant pour but d'encourager des soins intégrés de bonne qualité. D'autres initiatives prioritaires concernant les soins palliatifs et la santé mentale nécessitent une intégration et collaboration au sein des secteurs et, dans certains cas, au-delà du système de santé traditionnel, pour inclure le logement et d'autres services. Le fait que ces efforts sont inclus dans un PAQ est la preuve d'un certain engagement à l'égard de l'intégration.

Nous savons qu'il est possible d'améliorer la coordination des soins. L'histoire de Kirk et de Peter (page 8) est un exemple de ce qui peut arriver quand les soins sont morcelés, et les patients (ou leurs proches) ont l'impression de ne pas participer à leur plan de traitement. Comme l'indique le rapport annuel de QSSO, À la hauteur, « Un grand nombre de personnes [...] dépendent de la collaboration efficace des divers secteurs du système de santé⁷. » Dans son prochain examen des PAQ de 2015-2016, QSSO commencera à étudier l'incidence de certaines idées de collaboration présentées dans le rapport. Si l'essentiel du travail réalisé maintenant ne génère pas des données comparables pendant un certain temps, il est important d'étudier et de revoir les efforts au fur et à mesure de leur déploiement.

Notre système de santé doit s'adapter plus rapidement pour répondre aux besoins des patients – et cette adaptation exige une amélioration de la façon dont les divers secteurs du système travaillent ensemble. Cela nécessite un niveau amélioré de coordination et de communication entre les secteurs, les organismes, les professionnels et les patients. Nous savons que ce niveau d'intégration peut engendrer des soins de bonne qualité et de meilleures expériences pour les patients, car il favorise le partage de l'information, la responsabilisation, et les partenariats nécessaires à la concrétisation d'idées de changement fondées sur des preuves. ■

- ¹ Qualité des services de santé Ontario. (2014) *À la hauteur*, www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-yearly-report-fr.pdf, p.81.
- ² Qualité des services de santé Ontario. (2013). *meilleureAPPROCHE, Transitions en matière de soins, Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes*. www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/bp/bp-improve-pkg-transitions-interactive-fr.pdf. Page 11.
- ³ Coddington, D. C., F. K. Ackerman, Jr., et K. D. Moore. (2001). Integrated health care systems : major issues and lessons learned. *Healthc Leadersh Manag Rep*, 9(1), 1-9.
- ⁴ Afilalo, M., E. Lang, R. Léger, X. Xue, A. Colacone, N. Soucy, et B. Unger. (2007). Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. *Cjem*, 9(2), 79-86.
- ⁵ Kripalani S, L. F. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians : implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*.297(8), 831-841.
- ⁶ *Rapport annuel de l'équipe de santé familiale de Barrie*, <http://barriefht.ca/wp-content/uploads/2014/06/bcfht-2014-annual.pdf>
- ⁷ Qualité des services de santé Ontario. (2014) *À la hauteur*, <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-yearly-report-fr.pdf>, p.81.

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

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

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

ISBN 978-1-4606-5496-5 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-5497-2 ((En ligne)
ISBN 978-1-4606-5498-9 (PDF)

www.hqontario.ca