

FORCES^{MC} Équipes et projets : 2017-2023

Programme FORCES^{MC} : équipes boursières de la cohorte 18 (2023)

Services de santé Alberta (SSA)

- Doran Walker, gestionnaire des soins aux patientes et patients, spécialiste en réadaptation des personnes âgées, Hôpital de réadaptation de Glenrose
- Lynette Lutes, directrice principale de l'exploitation, Services de santé Alberta

La phase endémique de la COVID-19 a exacerbé les carences de notre système de santé, dont les problèmes d'épuisement, de sécurité psychologique et de bien-être du personnel, qui ont atteint des niveaux malsains¹.

Selon un sondage éclair réalisé par SSA, l'engagement du personnel a considérablement baissé depuis la pandémie; le manque de personnel, la sécurité psychologique, la sécurité des patientes et des patients et le manque de cohésion sont particulièrement soulignés. À l'Hôpital de réadaptation de Glenrose, qui fait partie de SSA, le sondage a révélé une expérience des patientes et des patients décevante : seulement 68 % étaient toujours satisfaits de leurs soins, et ils se sentaient peu écoutés et peu impliqués dans les décisions concernant leurs soins.

Ces résultats montrent que la pandémie, les différents stress du système de santé et les pressions sociétales ont éloigné la patientèle, le personnel et les employeurs. Le système de santé est ainsi devenu progressivement moins collaboratif et marqué par l'insécurité psychologique et physique des deux côtés des soins. En résumé, la main-d'œuvre est en mauvaise santé.

Pour pallier ces problèmes, SSA va recourir au Framework for Improving Joy in Work de l'Institute for Healthcare Improvement afin de recréer des liens, de la motivation et une communauté au sein du personnel. SSA collaborera avec le programme FORCES pour apprendre des meilleurs outils et modèles de mobilisation afin d'améliorer la participation dans les unités pilotes. Les apprentissages seront ensuite étendus pour appliquer un modèle de gestion de projet hybride à l'Hôpital de réadaptation de Glenrose, à SSA et ailleurs.

Santé Nouvelle-Écosse Centre (SNE Centre) et Services de santé d'urgence (SSU)

- Lorianne MacLean, gestionnaire, Réseau de services cliniques pour l'accès et la circulation intégrés
- Melissa Buckler, gestionnaire, Planification, Développement et Performance du système, Réseau de soins actifs intégrés et épisodiques
- Kate Melvin, directrice, Réseau de soins actifs intégrés et épisodiques

¹ Grimes, K. et coll. « Leaders supporting leaders: Leaders' role in building resilience and psychologically healthy workplaces during the pandemic and beyond. », *Healthc Manage Forum*, juillet 2022, vol. 35, no4, p. 213-217. doi : 10.1177/08404704221090126. EPUB 21 mai 2022. PMID : 35603437; PMCID : PMC9127620.

- Paige Moorhouse, M. D., directrice médicale principale, Réseau de soins actifs intégrés et épisodiques
- Derek LeBlanc, gestionnaire principal – programmes provinciaux, Opérations

Santé Nouvelle-Écosse met en œuvre la trousse de roulement des patients SAFER² dans les unités de soins de courte durée et de chirurgie de la province. Il est démontré que la trousse SAFER réduit la durée de séjour de 0,4 jour et améliore le taux de congé grâce à des rondes de spécialistes quotidiennes (+ 29 %), au congé avant midi (+ 20 %) et aux plans de congé précoce documentés (+ 29 %).

Dans l'ensemble, les séjours des patientes et des patients sont inutilement prolongés en raison notamment de retards pour accéder au soutien communautaire. Santé Nouvelle-Écosse, en partenariat avec les SSU, compte intégrer deux interventions éclairées par des données probantes pour pérenniser les principes de la trousse SAFER. La mise en œuvre initiale visera la réduction de la durée de séjour dans une unité de soins à l'aide des deux programmes.

1. **Faire le pont vers la maison** : Cadre fondé sur des données probantes visant l'amélioration de la transition des soins entre l'hôpital et la communauté avec un résumé de congé centré sur la personne.
2. **Programme de santé intégrée des SSU** : Soutien pour les interventions ou les tests diagnostiques à domicile afin d'éviter l'hospitalisation ou de favoriser le congé précoce. Une infirmière ou un infirmier autorisé de télésoins réalise une consultation virtuelle initiale, ou une ambulancière ou un ambulancier paramédical communautaire effectue une consultation au domicile de la personne dans les 12 à 72 heures suivant le congé.

Ce projet d'amélioration cherche à renforcer la capacité de la patientèle à retourner à la maison en toute sécurité, à recevoir des soins en dehors de l'hôpital et à s'autogérer à domicile. Les résultats anticipés comprennent une diminution de la durée de séjour à l'hôpital, une baisse du taux de réadmission et une amélioration de la satisfaction de la patientèle et des prestataires.

Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (SNE Est)

- Andrew Heighton, directeur, Santé rurale intégrée
- Sarah O'Brien, directrice de la zone de l'Est, Soins de santé primaires
- Michelle DePodesta, directrice exécutive, Services de soins de santé de courte durée – zone de l'Est
- Rhea MacDonald, M. D., médecin

SNE – Est cherche en priorité à transformer un modèle de soins rural en offrant un accès aux soins plus ponctuel et approprié. Ce projet d'amélioration favorisera la réactivité et la résilience du système rural à Cap-Breton et encouragera une culture de collaboration entre les médecins, les infirmières et infirmiers praticiens, le personnel infirmier et d'autres membres du personnel afin de cultiver des soins d'excellence fondés sur le travail d'équipe.

SNE – Est souhaite élaborer et mettre en œuvre un cadre opérationnel créant des cheminements officiels entre les services d'urgence (SU) et l'équipe collaborative en soins primaires. Ce partenariat est pensé comme la base d'un modèle de soins de santé rurale durable.

Le projet suivra une approche progressive.

² Santé Nouvelle-Écosse. SAFER Patent Flow Medicine Bundle. Sur Internet : <https://library.nshealth.ca/SAFERf/Bundle>.

- Première phase : Approche centrée sur l'évolution de la maison de santé dans le milieu de soins primaires. Une maison de santé est un centre durable permettant d'accéder à des services de santé ponctuels, coordonnés et complets adaptés aux besoins de la population servie. L'évolution de la maison de santé comprendra du soutien à la mise en œuvre pour élargir le champ d'exercice et encourager l'adoption du système DME ainsi qu'une analyse opérationnelle afin d'accroître l'accessibilité le jour même ou le lendemain.
- Deuxième phase : Élaborer et mettre en place un cadre opérationnel pour donner congé aux cas de faible gravité et les confier à l'équipe de soins primaires collaborative.

L'objectif de ce cadre est de promouvoir l'accès ponctuel aux soins et une approche centrée sur la personne et la famille pour optimiser les soins dans un environnement rural. Il sera économique, collaboratif et adaptable et améliorera la continuité et la coordination des soins pour permettre aux hôpitaux ruraux d'offrir les services demandés par leur population et d'améliorer ou de mettre en place des services d'urgence sur mesure (p. ex., soins d'urgence, télémédecine, transferts vers des soins tertiaires). En parallèle, l'hôpital rural a la possibilité de soutenir les services de médecine préventive et de gestion des maladies chroniques des soins primaires, voire d'étendre les services sociaux comme les soins à domicile, les soins infirmiers itinérants, la santé comportementale et l'évaluation des besoins sociaux.

Les résultats anticipés sont l'accès ponctuel à des soins appropriés, l'augmentation de la capacité en soins primaires, l'optimisation des ressources existantes, la clarté des rôles et l'amélioration de l'expérience de la patientèle et des familles. Ces travaux mèneront à un modèle de soins primaires efficace qui soulagera la pression des services d'urgence.

Gouvernement du Yukon

- Sheila Thompson, directrice, Section des soins infirmiers communautaires, ministère de la Santé et des Affaires sociales
- Todd Pryor, gestionnaire, Services pour le mieux-être mental et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, ministère de la Santé et des Affaires sociales
- Cathy McNeil, directrice, Soins et établissements, ministère de la Santé et des Affaires sociales
- Cheryl Kates, gestionnaire, projets en santé

Ce projet vise à améliorer la coordination des soins pour la patientèle de nombreux services sociaux et de santé au Yukon. Un modèle de soins intégré, fondé sur les besoins, holistique, adapté à la culture et interprofessionnel sera créé dans un site pilote d'une communauté rurale du territoire. Le projet sera ensuite étendu dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux du Yukon.

L'équipe collaborera avec la communauté locale pour élaborer un modèle de soins adaptable et une trousse pour la mise sur pied de centres de bien-être intégrés sur le territoire. Le modèle sera fondé sur la recherche, la compétence culturelle, la mobilisation des parties prenantes, dont la patientèle et la clientèle, et un processus décisionnel éthique. L'équipe testera et mettra en œuvre le modèle de soins sur le site pilote.

Pour aider le gouvernement du Yukon à réorienter le système de santé et de services sociaux vers des soins intégrés centrés sur la personne, ce modèle soutiendra la création de centres de bien-être offrant des soins holistiques, centrés sur la personne et adaptés à la culture à l'ensemble de la population.

CHU de Québec – Université Laval

- Marie-Frédérique Fournier, directrice Clientèle chirurgie et périopératoire

- Julie Maranda, adjointe à la directrice Chirurgie et périopératoire – Trajectoire des soins
- Pascal St-Germain, chirurgien – Service de chirurgie générale
- Philippe Lachapelle, directeur Performance clinique et organisationnelle
- Danielle Goulet, PDGA

La détérioration clinique d'un patient en attente d'une chirurgie demeure une préoccupation importante pour les équipes de soins, mais plus particulièrement pour le patient lui-même et ses proches. Cette préoccupation déjà présente s'est accentuée à la suite de la pandémie avec l'augmentation significative des listes d'attente, principalement pour les pathologies non oncologiques. Ceci a inévitablement augmenté de manière considérable les délais d'accès.

De nombreuses initiatives, dont plusieurs ont du succès, sont en cours au CHU de Québec – Université Laval pour augmenter l'offre des soins et services chirurgicaux. Par contre, ces améliorations demeurent limitées en raison, surtout, du manque de ressources humaines.

En plus du déséquilibre de l'offre de services par rapport au besoin de la clientèle, le processus de priorisation actuel des patients en attente de chirurgie a des limites. La priorisation médicale est basée sur une évaluation clinique unique et statique du patient par son chirurgien lors de la visite initiale. Il n'y a pas de processus efficace mis en place pour suivre et influencer l'évolution du patient durant l'attente, qui peut durer plusieurs mois, voire plus d'une année.

L'équipe du programme propose la mise en place d'un processus dynamique de la prise en charge des patients en attente d'une chirurgie. Ce processus permettra de faire participer directement le patient afin de mettre en évidence une modification de l'état de santé physique ou psychologique de sa condition. Ceci, en plus de permettre une meilleure communication entre le patient et l'équipe soignante, pourra permettre une modification de la priorisation chirurgicale et, ainsi, appliquer une approche plus adaptée aux besoins réels de notre clientèle.

CIUSSS Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

- Catherine Neault, adjointe au directeur DQEPE
- Vincent Robichaud, directeur adjoint Qualité et relations contractuelles
- Mylène Raymond, chef de service – Développement des pratiques professionnelles, DSM
- Corinne Brosseau, chef des Pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance, DSI
- Nathalie Thiffault, Conseillère cadre en soins infirmiers - Soins critiques, cardiologie et neurologie - Rive-Nord

Par ce projet d'amélioration, l'équipe du programme CIUSSS MCQ a pour but d'augmenter la qualité des soins et services offerts en cohérence avec le modèle LEADS de l'établissement, et ce, en appui au modèle de performance.

Pour y arriver, l'équipe du programme souhaite créer un document d'encadrement organisationnel visant à la fois la conceptualisation de la qualité et son opérationnalisation. Le défi sera de parvenir à ce que chaque intervenant du CIUSSS MCQ, que ce soit un employé, un médecin ou un gestionnaire, soit habilité à améliorer la qualité des soins et services qu'il offre aux usagers ou à ses partenaires.

Une expérimentation circonscrite dans un secteur spécifique permettra à l'équipe du programme de faire le pont entre les orientations stratégiques et les opérations. Ce projet déterminera les conditions gagnantes permettant une généralisation dans l'ensemble de l'établissement.

CISSS Montérégie-Est (CISSS ME)

- Mélanie Malenfant, Direction de l'accès et de la coordination des partenariats avec la première ligne.
- Caroline Loranger, directrice des services multidisciplinaires
- Émilie Boisvert, directrice adjointe des services professionnels partenariat en première ligne
- Éric Tremblay, directeur des soins critiques et coordination des activités hospitalières

Le CISSS de la Montérégie-Est a récemment créé la Direction de l'accès et de la coordination des partenariats avec la première ligne. La mission de cette direction est de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et services de qualité pour la population.

Au cœur de la création de cette nouvelle direction, quelques données nous démontrent les difficultés d'accès aux services de première ligne. Par exemple, pour le territoire Richelieu-Yamaska, 45 % des usagers, dont l'échelle de triage par gravité nous indique une priorité 4 ou 5, se présentent à l'urgence par période. Pour ce même territoire, un total de 76 % de la population a un médecin de famille.

Ainsi, le plan d'amélioration que l'équipe du programme veut aborder consiste à repérer et à analyser les goulots d'étranglement ou les causes fondamentales des enjeux d'accès aux soins et services. L'objectif est d'assurer un accès en temps opportun pour les usagers inscrits à un GMF et, ainsi, éviter une utilisation inadéquate des services d'urgences par ces derniers.

Plus précisément, le projet de l'équipe du programme permettra de co-concevoir des solutions efficaces et pertinentes en collaboration avec les usagers, ainsi qu'avec nos partenaires des GMF, en tenant compte de leurs réalités respectives. Les mesures innovantes mises en place devront répondre aux besoins de l'utilisateur, de son expérience, de ses connaissances et de son implication tout au long de son parcours de soins.

CISSS de Chaudière-Appalaches (CISSS CA)

- Julie Emond, directrice adjointe, Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire-SAPA
- Paméla Laforest, coordonnatrice logistique, volet production et distribution, Direction de la logistique
- Renée Berger, directrice générale adjointe Performance, soutien et administration (DGAPSA)
- Anne-Marie Goulet, coordonnatrice clinico-administrative à la Direction des soins infirmiers – volet pratiques professionnelles et développement clinique

En Chaudière-Appalaches, plus particulièrement dans le secteur de Bellechasse, il y a actuellement une augmentation de la proportion de la population âgée de 70 ans et plus. De plus, près de la moitié des communautés de ce secteur géographique ont une proportion de population âgée de 70 ans et plus supérieure à celle du Québec.

Considérant l'accroissement du vieillissement de la population ainsi que le nombre croissant d'interventions auprès de la clientèle ayant des besoins reliés à sa santé physique, l'équipe du programme décèle une problématique quant à l'accessibilité aux soins et aux services de soutien à domicile pour les usagers de 70 ans et plus en perte d'autonomie.

Plusieurs études montrent que le fait de demeurer chez eux permet aux usagers de maintenir une meilleure santé. En ce sens, le Plan santé du Québec vise un virage massif vers des soins et des services de soutien à domicile et l'équipe du programme considère qu'il est incontournable pour

répondre aux besoins de santé grandissants de la population, particulièrement de la clientèle âgée et de ses proches.

Le projet de l'équipe du programme a donc pour objectif d'offrir des soins à domicile adaptés aux usagers de 70 ans et plus en perte d'autonomie du secteur de Bellechasse au bon moment, par la bonne personne ayant accès aux bons outils, permettant ainsi un meilleur accès aux services. L'objectif est donc d'augmenter de 10 % le nombre d'usagers desservis par l'équipe du soutien à domicile.

Par ce projet d'amélioration, l'équipe du programme souhaite une redéfinition d'un modèle de soins intégrant par exemple une planification des activités centrée sur les besoins des usagers, une répartition des responsabilités qui optimise les champs de pratiques de chaque titre d'emploi de l'équipe de soutien à domicile, la diminution des activités non cliniques et l'utilisation des technologies.

CISSS de la Montérégie-Centre (CISSS MC)

- Vincent Desjardins, directeur des ressources financières
- Nancy Beaulieu, directrice des services de soutien à domicile
- Sonia Joannette, conseillère cadre à la Direction des soins infirmiers
- Xavier Tanguay-Rioux, M. D., MHSc, FRCP, spécialiste en médecine d'urgence

Les personnes touchées par le cancer doivent composer avec des symptômes associés à la maladie et aux traitements. Le CISSS MC offre un service téléphonique infirmier 24 heures sur 24, sept jours sur sept afin de soutenir les personnes dans la gestion de leurs symptômes à domicile. Ce sont plus de 28 500 appels qui sont pris annuellement. Ce service vise des interventions précoces, une meilleure orientation de la personne, une réduction des visites à l'urgence ou en clinique et du risque d'hospitalisation.

Certaines évaluations téléphoniques de l'infirmière peuvent nécessiter une action en présentiel, telles une prise de signes vitaux et neurologiques ou une évaluation visuelle. La personne doit parfois être dirigée vers une clinique ou l'urgence en dehors des heures ouvrables. L'objectif du projet d'amélioration de l'équipe du programme est de réduire de 50 % le volume des appels qui nécessitent un transfert à l'urgence. L'implication des équipes de la première ligne pourrait être maximisée pour assurer la sécurité à domicile et le maintien de la personne dans son environnement.

Plusieurs études ont nommé l'importance, pour les personnes et leurs proches, d'avoir accès aux services de soutien au moment opportun comme un pilier de l'expérience positive en santé. La paramédecine de régulation est actuellement en développement au Québec et plus spécifiquement au CISSS MC. La contribution des techniciens ambulanciers paramédicaux par leur champ de pratique diversifié serait une hypothèse de solution pour compléter l'offre de soins et services déjà en place en cancérologie.

Projets d'amélioration FORCES 2021

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

- Christina Biron – Directrice régionale de proximité, CCSSSBJ
- Jannelle Dupuis – Coordinatrice, Services spécialisés, CCSSSBJ
- Helen Belanger – Directrice, Wiichihiitwin, CCSSSBJ
- Nora Bobbish – Directrice adjointe, Unités de gestion financière, Ressources financières, CCSSSBJ
- Catherine Bessette – Conseillère régionale en amélioration, Stratégie et développement organisationnel, CCSSSBJ

Améliorer l'efficience et l'efficacité du processus de greffe rénale à Eeyou Istchee

Ce projet vise le développement d'un processus de gestion des cas qui réduira le nombre de déplacements et de séjours des patients d'Eeyou Istchee (EI) dans la phase précédant la greffe rénale, et qui permettra la prestation de services culturellement appropriés et mieux adaptés. L'équipe du programme FORCES espère réduire les déplacements et la durée de la phase précédant la greffe tout en améliorant la qualité des soins et des services.

Le mécanisme actuel sera remplacé par un processus de gestion des cas favorisant le recours à la télésanté et aux rendez-vous sur le territoire. Si les services souhaités ne sont pas offerts sur le territoire, ou ne sont pas accessibles dans un délai raisonnable, le gestionnaire de cas tentera de regrouper plusieurs rendez-vous durant le séjour.

Ultimement, les données et résultats de ce projet guideront la prise de décisions relatives aux politiques de déplacement des patients, ainsi que la réorganisation des services spécialisés et des processus de services de Wiichihiitwin.

CISSS Montérégie-Centre

- Isabelle Paradis – Adjointe à la directrice, Direction des services hospitaliers volet urgence, bloc opératoire et première ligne, CISSS Montérégie Centre
- Véronique Guimont – Directrice, Direction des services hospitaliers volet urgence, bloc opératoire et première ligne, CISSS Montérégie Centre
- Nathalie Moreau – Directrice du programme de cancérologie, Cancérologie, CISSS Montérégie Centre
- Lyne Noel – Directrice, Services multidisciplinaires, CISSS Montérégie Centre

La trajectoire péri opératoire : la co-construction de son épisode de soins vers une meilleure expérience patient

L'objectif du projet est de diminuer l'anxiété liée au processus chirurgical par la co construction de l'épisode de soins en chirurgie thoracique. Pour ce faire, nous voulons créer un partenariat tout en maintenant une responsabilité partagée et engagée avec la personne et ses proches ainsi que l'équipe traitante. Le projet vise l'intégration de l'usager partenaire dans le développement d'outils de soutien à la communication et à la collaboration dans les choix cliniques le concernant, et ce avec une vision holistique tout au long de la trajectoire péri opératoire en cancérologie pulmonaire. Cette approche s'inscrit dans les orientations stratégiques de notre organisation et nous voulons démontrer, à partir

d'outils de mesures validés, les impacts positifs sur la gestion de l'anxiété et la satisfaction de l'utilisateur lors de son épisode de soins.

CHU de Québec - Université Laval

- Mélanie Dubé – Directrice, DOSAS (Direction ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés), CHU de Québec-UL
- Julie Asselin – Directrice adjointe, Direction des soins critiques, CHU de Québec-UL
- Karine Martin - Adjointe à la directrice / Projets transversaux, Direction générale adjointe, CHU de Québec-UL
- Louis-Jacques Lalonde – Directeur, Direction des ressources informationnelles, CHU de Québec-UL
- Julien Clément – Directeur adjoint des services professionnels, Chirurgie, CHU de Québec-UL

Deux têtes valent mieux qu'une - Fortifier le leadership médico-administratif au service des patients

La cogestion médico-administrative est un « modèle de gestion où un médecin et un gestionnaire clinico-administratif partagent des responsabilités de gestion dans un programme-clientèle ou dans une unité de service. » – (Ann Langley, Ph. D - Octobre 2011). L'écart entre les comportements de cogestion attendus par les gestionnaires, la difficulté de s'orienter vers des objectifs communs en matière de gestion des activités, le manque de compétence en gestion, etc. sont quelques problèmes rencontrés qui ralentissent les « tentatives pour dépasser les conceptions héroïques et romantiques du leadership basées sur un individu unique ». Au sein du CHU de Québec — Université Laval, les médecins se sentent peu outillés par leur absence de formation et de compétences en gestion ainsi que leur manque de connaissance et de compréhension du fonctionnement administratif et de la hiérarchie organisationnelle. Même constat du côté des gestionnaires administratifs, qui connaissent peu la hiérarchie médicale et ne possèdent pas d'outils et de structure de fonctionnement ainsi que de mécanisme suivi en matière de cogestion. Le projet FORCES servira à fortifier la cogestion médico-administrative au CHU de Québec - Université Laval. Équipe de cogestion cible : gestionnaires médicaux et administratifs du secteur de la gastro-entérologie.

Réseau de Santé Vitalité

- Nicole D LaBrie – Gestionnaire régional maladies chroniques, Soins Santé Primaires, Réseau de santé Vitalité
- Véronique Landry – Professeure, Sciences infirmières, Réseau de santé Vitalité
- Shelley Robichaud – Directrice, Soins santé primaires, Réseau de santé Vitalité
- Nicole Brideau – Infirmière praticienne, Soins santé primaires, Réseau de santé Vitalité

Qualité des soins rehaussée par un meilleur soutien à la pratique des infirmières praticiennes en soins de santé primaires

Le projet s'inscrit dans une approche collaborative et ses membres (gestionnaires, infirmières praticiennes en soins de santé primaires (IP-SSP), professeurs ainsi que la pratique professionnelle) travaillent ensemble afin de mettre en place un processus et des outils d'amélioration de la qualité des interventions infirmières chez les IP-SSP. Ces activités aideront les gestionnaires à soutenir les IP-SSP dans leur travail et ainsi promouvoir des pratiques exemplaires, tout en assurant un soin sécuritaire et compétent, et en offrant, le cas échéant, de l'aide et des ressources nécessaires pour combler et ou redresser les écarts.

Enfin, l'équipe FORCES souhaite, par la mise en place de ce projet, améliorer les soins aux patients et aux familles et favoriser une meilleure réflexivité chez les infirmières praticiennes afin de favoriser le développement professionnel de celles-ci.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est

- Robert James Borris – Assistant director, mental health and addiction programs, CISSS de la Montérégie- Est
- Annie Mongrain – Head of crisis services, mental health programs, CISSS de la Montérégie-Est, mental health and addiction programs, CISSS de la Montérégie- Est
- Andréanne Audet – Project manager, mental health and addiction programs, CISSS de la Montérégie- Est
- Christine Lobe – Care partnership and client experience advisor, Quality, assessment, performance and ethics, CISSS de la Montérégie- Est

Mettre en place une offre de services et un pôle d'expertise en intervention de crise sur l'ensemble du territoire de la Montérégie-Est, en adéquation avec les besoins populationnels et en collaboration avec les partenaires du milieu.

La conception d'une offre de services en intervention de crise dans le milieu, adaptée aux besoins populationnels émergents, au contexte sociosanitaire et culturel est une priorité organisationnelle du CISSS de la Montérégie-Est.

Basées sur les bonnes pratiques et influencées par l'expérience des acteurs concernés, des améliorations à notre offre de services sont attendues en fonction des quatre piliers suivants :

1. Une offre de services et des modalités d'interventions en adéquation avec les besoins des usagers et les nouvelles réalités du milieu
2. Une expérience client positive à l'utilisateur et son entourage
3. Une expérience employée positive
4. Un pôle d'expertise pérenne basé sur les meilleures pratiques

Chaque volet sera accompagné en trame de fond transversale de modalités de mesure de la performance et de la satisfaction des principaux acteurs concernés (usagers, employés ou partenaires communautaires).

CISSS de Chaudière-Appalaches

- Patrick Simard – Président-directeur général (par intérim), Direction générale, CISSS de Chaudière-Appalaches
- Stéphanie Simoneau – Directrice de l'hébergement du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), CISSS de Chaudière-Appalaches
- Karine Dumont – Conseillère-cadre au développement de la mission universitaire, Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DREU), CISSS de Chaudière-Appalaches
- Mélanie Dostaler – Adjointe au directeur, Direction des services techniques (DST), CISSS de Chaudière-Appalaches

Démocratiser l'apprentissage et l'innovation : un pilier pour l'excellence des soins et services

Notre projet d'amélioration a comme fondement de concrétiser une culture d'organisation apprenante en démocratisant l'accès aux meilleures connaissances pour accélérer leur application dans les pratiques cliniques, administratives et de gestion, tout en favorisant l'innovation dans nos solutions technologiques et/ou immobilières. Au cours des dernières années, le CISSS de Chaudière-Appalaches (CISSSCA) a implanté des salles de pilotage, qui sont des outils en appui au système de mesure et de gestion de performance organisationnelle. Elles sont liées aux processus dont l'organisation s'est dotée afin d'encadrer de façon plus optimale son portefeuille de projets organisationnels. Notre principal objectif est d'améliorer ces processus pour établir un meilleur équilibre entre les quatre piliers de la performance du Vrai Nord du CISSSCA, en rehaussant l'attention portée à la dimension « Apprentissages- innovation ». L'amélioration du pilotage de cette dimension agira comme un fil conducteur pour renforcer le partage et la mobilisation des meilleures connaissances disponibles et valoriser la co-construction d'innovations par l'ensemble des participants aux soins et services. Le projet vise notamment à se donner les moyens, en salle de pilotage SAPA, de mieux définir et mesurer l'apprentissage et l'innovation, de façon intégrée, coordonnée et soutenue, pour l'améliorer en continu et créer une réelle valeur.

CHU de Québec - Université Laval et CIUSSS de la Capitale-Nationale

- Caroline Drolet – Directrice mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire de Québec
- Marie-Josée Laprise – Coordinatrice services de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Québec
- Marie-Christine Laroche – Adjointe au directeur DSM, Centre Hospitalier Universitaire de Québec
- Mireille Ouellet – Directrice adjointe DITSADP volet jeunesse, CIUSSS de la Capitale Nationale

Continuum de soins et de services intégrés en mode ambulatoire - clientèles pédiatriques complexes.

Ce projet novateur vise à développer un modèle de soins ambulatoires intégrés pour la clientèle pédiatrique ayant un profil clinique de soins complexes nécessitant des soins et des services de santé pluridisciplinaires. Ce modèle de soins ambulatoires intégrés vise à briser les silos inter-établissements, favoriser la concertation clinique et l'intégration de services ainsi que la diminution des épisodes d'hospitalisation. En respect des assises structurantes du modèle de gestion proposé par le MSSS, nous favoriserons l'intégration et la coordination des soins et services en éliminant les bris de continuité entre les points de transition. Nous voulons faire graviter l'arrimage des services intégrés autour de l'enfant, en ayant au cœur de nos décisions, l'évolution des besoins des familles, le maintien de la dynamique et de l'équilibre familial, en rapprochant le soin des enfants tout près de leur domicile. Ainsi, l'expérience d'une hospitalisation sera transformée en mode ambulatoire, de par la diligence, l'humanisme et la collaboration qui sont les valeurs qui guideront nos décisions tout au long de notre processus.

CISSS Montérégie-Ouest

- Patrick Dubois – Directeur adjoint de la qualité, évaluation, performance et de l'éthique, CISSS Montérégie-Ouest
- Martin Tétreault – Directeur Adjoint, Direction des Programmes Santé Mentale et Dépendance, CISSS Montérégie-Ouest
- Lyne Daoust – Directrice des programmes de soins critiques et spécialisés, CISSS Montérégie-Ouest
- Martin Turcotte – Chef de service en dépendance, CISSS Montérégie-Ouest

Faire en sorte qu'aucune personne présentant une problématique complexe de santé mentale ne soit laissée seule dans sa souffrance.

L'équipe FORCES vise à développer des services adaptés, intégrés et préventifs aux « grands utilisateurs » des services d'urgence par une approche favorisant le rétablissement de la personne dans son milieu naturel et avec l'implication accrue de son entourage.

Ainsi, la personne et l'ensemble des ressources feront partie d'un seul réseau intégré, où chacun interagit afin de composer une trajectoire cohérente du point de vue de l'expérience de la personne utilisatrice de services.

La mise en place d'un plan d'intervention adapté aux besoins complexes de la clientèle permettra d'assurer une fluidité et une continuité de soins dans la communauté en cohérence avec le projet de vie de la personne vivant les problématiques.

Il serait intéressant d'explorer un nouveau modèle d'équipe interdisciplinaire qui dans un contexte (24/7) pourra accompagner l'utilisateur dans sa planification de congé de l'hôpital vers une ressource adaptée ou à domicile. L'objectif est d'accélérer le retour de l'utilisateur dans son milieu après les longs séjours répétitifs en milieu hospitalier.

Nous souhaitons, par la mise en place de ce projet, améliorer l'offre de service dans la communauté afin d'offrir des services efficaces et efficients pour ces personnes souvent prises dans le syndrome des « portes tournantes ».

Projets d'amélioration FORCES 2020

Santé Î.-P.-E.

- Mme Allison Wyatt, gestionnaire du mieux-être et de la sécurité, Ressources humaines
- M. Jason Rendell, directeur, Ressources humaines

Prévenir et réduire la violence au travail en soins de longue durée

Au départ, ce projet se concentrera sur l'élaboration d'un modèle de prévention et d'intervention en matière de violence. Ce modèle sera mis à l'essai dans une unité de soins de longue durée (SLD) pour personnes atteintes de démence dans le but d'en diffuser les éléments les plus probants à l'ensemble des sites de SLD de Santé Î.-P.-É. Il sera fondé sur des modèles repérés dans d'autres instances et décrira les processus, la formation et l'usage d'activités centrées sur le client dans les plans de soins pour réduire la violence au travail. L'engagement des employés est essentiel à la réussite du projet. Un sondage et un groupe de discussion seront menés dans l'unité pilote afin de cerner les problèmes de violence au travail et de déterminer quels composants du modèle de prévention et d'intervention exigent une attention soutenue.

Ce projet d'amélioration permettra de mettre au point un processus cohérent visant à achever les enquêtes sur les incidents en temps opportun, ainsi qu'à formuler un compte rendu et à communiquer des mesures correctives.

Santé Î.-P.-É. fera participer des représentants syndicaux à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet. Le projet d'amélioration devrait doter les employés et les gestionnaires de processus et d'une formation pertinents afin de réduire les incidents de violence dans les SLD. Le projet contribuera à améliorer la sécurité et l'expérience du personnel, ainsi qu'à accroître la sécurité des résidents et la qualité des soins.

Hôpital Saint-Boniface

- Mme Katarina Lee-Ameduri, éthicienne clinicienne, Service d'éthique en soins de santé
- Mme Emily Hyde, formatrice en éducation permanente, Programme des sciences cardiaques
- Mme Sarah Gilchrist, directrice des soins intensifs, Services d'éducation et d'inhalothérapie
- Dr Thang Nguyen, cardiologue

Projet d'amélioration visant la réduction des méfaits à l'Hôpital de Saint-Boniface

Les établissements de soins de santé de l'Office régional de la santé de Winnipeg, dont l'Hôpital Saint-Boniface (SBH), ont dû composer avec une augmentation des visites aux urgences et des admissions à l'hôpital liées à la toxicomanie. Le Manitoba n'a pas de centre de consommation supervisée et ne distribue pas de fournitures de réduction des méfaits aux établissements de soins de courte durée ni aux patients des soins ambulatoires.

SBH a officiellement adopté une politique et une philosophie de réduction des méfaits en août 2019.

Cette politique est la première étape de l'élaboration formelle de programmes de réduction des méfaits à SBH. Ce projet vise à concevoir et à mettre en œuvre des programmes de réduction des méfaits à SBH. Il comporte trois étapes qui encourageront un apprentissage continu et des ajustements au fur et à mesure que des fournitures de réduction des méfaits seront distribuées d'une unité à l'ensemble de l'hôpital et des patients ambulatoires de SBH :

- Distribution de fournitures de réduction des méfaits aux patients hospitalisés du Programme des sciences cardiaques (CSP) de SBH ;
- Distribution de fournitures de réduction des méfaits à l'ensemble de la population hospitalisée de SBH ; et
- Mise sur pied d'un centre de distribution ambulatoire de fournitures de réduction des méfaits.

SBH deviendrait le premier hôpital de Winnipeg à participer à la réduction des méfaits auprès des patients hospitalisés, ainsi que des patients des soins ambulatoires. SBH a établi un partenariat avec Santé publique Manitoba pour offrir gratuitement des fournitures de réduction des méfaits.

Nous sommes résolu à aller de l'avant et à proposer des programmes de réduction des méfaits à SBH ; cependant, la complexité du projet montre l'importance du développement et de la promotion des compétences de leadership.

Ministère du Solliciteur général, Ontario

- Mme Melanie Mayoh, directrice, Direction générale des soins de santé et du mieux-être (CHCWB)
- Mme Linda Ogilvie, gestionnaire, Soins de santé organisationnels, soutien opérationnel
- Mme Carrie Collier, surintendante adjointe, Programmes, Centre de détention Hamilton Wentworth

Modèle intégré de soins primaires dirigés par une infirmière praticienne en services correctionnels

Ce projet vise à améliorer les soins primaires grâce à la mise en œuvre d'un modèle intégré de soins primaires dirigés par une infirmière praticienne (IP) dans les établissements correctionnels de la province de l'Ontario, où l'IP est le principal prestataire de soins.

Dans le système correctionnel provincial de l'Ontario, six IP fournissent actuellement des soins primaires en collaboration avec des médecins. Cette intégration a réduit les temps d'attente pour les évaluations relatives aux admissions conformément aux exigences du ministère du Solliciteur général. Les IP ont formé des infirmières de manière proactive dans des domaines cliniques tels que la gestion du sevrage, de l'hypertension et du diabète afin d'améliorer les résultats pour les patients. Les patients pris en charge par une IP ont d'ailleurs rapporté une expérience positive.

En commençant par trois sites d'adoption précoce, le ministère du Solliciteur général recrutera 14 infirmières praticiennes à temps plein supplémentaires pour occuper les fonctions de prestataire principal de soins dans le cadre du modèle de soins primaires dirigés par une IP. Le modèle sera ensuite diffusé à 24 établissements correctionnels de la province. Ce modèle améliorera considérablement l'accès aux soins primaires dispensés dans les établissements correctionnels provinciaux, ainsi que leur cohérence. Cette initiative s'harmonise avec d'autres modèles de soins dirigés par une IP soutenus par le ministère de la Santé, tels que l'initiative des IP dans les établissements de soins de longue durée et les cliniques dirigées par une infirmière praticienne.

Les soins primaires dirigés par une IP encourageront une approche globale et complète en matière de soins de santé correctionnels. Ce projet sera réalisé en fusionnant une optique médicale et une optique infirmière innovantes, ainsi qu'en exploitant le plein potentiel du leadership.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Yukon

- M. Justin Wallace, directeur par intérim, Soutien aux programmes
- Mme Laura Hillier, Directrice, Évidence et évaluation, Santé de la population et santé publique
- Dre Samantha Salter, épidémiologiste

Cadre d'indicateurs pour le système de santé et des services sociaux du Yukon

Ce projet vise à mettre au point un cadre d'indicateurs pour soutenir la mise en œuvre des changements prévus au système à la suite de l'examen Putting People First. Le ministère a pour responsabilité principale de diriger la transformation du système au moyen de partenariats avec ses parties prenantes. L'élaboration d'un cadre pour rendre compte de la situation sanitaire constitue un élément fondamental de cette responsabilité, notamment la communication publique d'indicateurs clés pour un large éventail de domaines sanitaires et sociaux. Conformément aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, nous travaillerons avec les gouvernements autochtones et les citoyens du Yukon, en appliquant les principes de PCAP, pour élaborer des indicateurs de mesure des résultats pour la population autochtone du Yukon dans le but d'éliminer les inégalités en matière de santé dans l'ensemble du système.

Bien que les interventions axées sur la personne et l'intégration des services pour les groupes de population cibles soient importantes, elles doivent s'inscrire dans un objectif plus large de promotion de la santé et de réduction des inégalités de santé pour l'ensemble de la population. La collaboration entre divers secteurs et l'ensemble de la communauté est nécessaire tant au sein d'un système de santé de la population que d'un modèle de soins intégrés (Alderwick, Ham et Buck 2015).

Le ministère estime qu'un cadre d'indicateurs est indispensable au processus de planification stratégique 2020 du gouvernement du Yukon. Il facilitera également l'atteinte des objectifs à long terme des Services de santé et des Services sociaux qui cherchent à devenir un organisme guidé par des données probantes. Le ministère s'est engagé à aller de l'avant avec la mise en œuvre complète de cette initiative.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

- M. Étienne Veilleux, directeur des programmes de déficiences, DI-TSA-DP et DV
- Mme Alexandra Plourde, adjointe au directeur à l'enseignement et aux affaires universitaires, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
- Dre Sophie Gosselin, chef adjointe du Département de Médecine d'urgence
- M. Daniel Morris, massothérapeute, diététicien, patient partenaire

Projet SENSÉ, là où le travail prend tout son sens

Le projet consiste à améliorer le quotidien des personnes vivant avec une déficience visuelle (DV), et ce, par l'intégration en emploi au sein de notre CISSS afin de rehausser le taux de recrutement et de rétention du personnel. La stratégie d'approche est d'utiliser le potentiel non exploité de la population ayant une DV afin de répondre aux besoins liés à la pénurie locale de main-d'œuvre. Cette stratégie repose sur la création d'un continuum de développement des talents, c'est-à-dire la mise en œuvre d'une chaîne « étude – stage au CISSSMC – emploi au CISSSMC ».

La création de ce continuum requiert, entre autres, le développement de partenariats avec les maisons d'enseignement. Ces dernières mettront en place des mécanismes pour adapter leurs stratégies et outils d'enseignement afin de répondre aux besoins spécifiques des étudiants ayant une déficience visuelle, et ce, tout au long de leur formation. Cette démarche a pour but d'assurer l'accessibilité et la compatibilité du matériel, des outils et des équipements utilisés dans le cadre des formations.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

- M. Bruno Petrucci, directeur général adjoint, Soutien, administration et performance

- Mme Maryse Hébert, directrice des services multidisciplinaires, Santé et services sociaux – Services multidisciplinaires
- Mme Nathalie Blanchard, conseillère-cadre – volet psychosocial, Santé et services sociaux – Services multidisciplinaires
- Mme Hassiba Hihat, directrice adjointe par intérim, Direction qualité, évaluation, performance et éthique

Développer et implanter la gestion de cas réseau pour les usagers présentant de multiples visites à l'urgence

Le projet permettra d'offrir aux clientèles vulnérables des services accessibles, de qualité, coordonnés et en continuité avec les autres services de l'organisme et de la communauté. Ces suivis personnalisés permettront la participation active des usagers et de leurs proches à leurs soins tout en tenant compte de leur expérience personnelle, de leur niveau de littératie et de leurs capacités d'autogestion.

Des gestionnaires de cas transversaux aborderont les déterminants de la santé et les multiples facteurs de vulnérabilité des usagers dans l'organisation des soins et des services. Le soutien et l'accompagnement par les gestionnaires de cas professionnels permettront le développement des compétences des usagers et des différentes équipes cliniques œuvrant auprès de cette clientèle. Ces suivis personnalisés offerts en première ligne permettront d'accompagner et de soutenir les usagers dans la réponse à leurs besoins à l'extérieur des services de l'urgence, tout en les orientant vers les services médicaux et professionnels de la communauté.

Ce projet permettra de proposer des interventions à partir des besoins de l'utilisateur, de son expérience, de ses connaissances et de son implication tout au long de son parcours de soins. Aussi, le suivi stratégique de ce projet assurera le déploiement de pratiques cliniques novatrices tout en favorisant une optimisation des ressources humaines, cliniques et organisationnelles.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

- Mme Carine Sauvé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, directrice de l'accès aux services médicaux de proximité pour la Montérégie
- M. Philippe Lachance, Ministère de la Santé et des Services sociaux, directeur des services de proximité en santé physique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
- Mme Prolet Tocheva, Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, spécialiste des procédés administratifs, Bureau de l'accès aux services médicaux de proximité de Montréal
- Mme Mélanie Lapointe, Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau de l'accès aux services médicaux de proximité de Montréal
- Mme Chantal Benoît, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, adjointe DSP, développement 1^{re} ligne, Enseignement et affaires médicales

Accès aux services de proximité pour les patients sans médecin de famille, comment y parvenir?

Le projet a pour but d'améliorer l'accès aux soins et aux services de proximité médicaux, tout en tenant compte des nouveaux défis, des contraintes et les leviers à la suite de la pandémie. Les équipes de proximité, nouvellement mises en place, ont pour mandat de travailler avec les équipes médicales de première ligne, en collaboration avec le Directeur régional de médecine générale (DRMG), pour faciliter l'adoption et l'implantation de diverses mesures visant à améliorer l'accès aux services médicaux. Elles doivent analyser les goulots d'étranglement présents dans la trajectoire de soins et proposer des solutions pour améliorer l'accès.

L'objectif du projet est d'élaborer et de mettre en place des solutions pertinentes, efficaces et adaptées aux milieux cliniques, à la suite d'une analyse approfondie des causes fondamentales des problèmes.

Les sous-objectifs du projet sont les suivants :

1. Créer une culture de l'accès dans les organisations et les milieux cliniques de proximité (bon service au bon moment pour chacun des patients);
2. Améliorer la collaboration et la communication entre les milieux de proximité et le Ministère pour cibler les bonnes actions qui permettront d'améliorer l'accès aux services médicaux de proximité pour la population;
3. Développer une connaissance et une compréhension communes des problématiques et des causes aux défis d'accès aux services médicaux de proximité tout au long de la trajectoire de soins des patients;
4. Définir une offre d'accompagnement pour la mise en place de mesures visant à améliorer l'accès dans les milieux cliniques et former les équipes de proximité à bien accompagner les cliniques pour la mise en place de ces mesures.

Dans les régions de Montréal et de la Montérégie, le Ministère a mis sur pied des bureaux d'accès aux services médicaux de proximité. Ces deux bureaux ont le mandat de soutenir les équipes de première ligne lors du déploiement des projets visant à améliorer l'accès aux services médicaux de proximité. Les projets sont définis en collaboration avec des patients partenaires, les médecins et les acteurs des cliniques médicales de proximité, afin de maximiser l'impact positif sur l'accès aux services médicaux de proximité pour la population.

Les équipes de proximité auront pour mandat de devenir des experts en matière d'accès aux services médicaux de proximité. Elles pourront soutenir les médecins et les professionnels dans la mise en place de moyens soutenant l'accès aux services médicaux de première ligne pour la population. Elles seront les gardiennes des données probantes et les spécialistes des initiatives innovantes; elles seront outillées pour soutenir la gestion de projet et la gestion de changement; et elles faciliteront l'arrimage des communications entre les patients, les professionnels, les ressources sur le terrain et les décideurs pour améliorer et développer les soins et services de première ligne.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal et l'Université McGill, l'École des sciences infirmières Ingram

Élaboration d'un programme interprofessionnel de supervision des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées (éIPS)

- Mme Mylène Lévesque, Chef de l'enseignement universitaire et des stages médicaux (intérim), direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche

- Mme Beverley-Tracey John, directrice des soins infirmiers
- Dr Bruce Campbell, chef de l'enseignement médical, Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche
- M. Jérôme Ouellet, adjoint à la directrice des soins infirmiers, Direction des soins infirmiers
- Mme Irene Sarasua, professeure adjointe et directrice de programme d'infirmière praticienne spécialisée (IPS), École des sciences infirmières Ingram

Le projet d'amélioration proposé porte sur la conception, l'expérimentation et l'évaluation d'un plan d'action permettant de développer un modèle interdisciplinaire (médecins-infirmières) de supervision clinique d'étudiantes infirmières praticiennes spécialisées (éIPS) en stage. Ce plan d'action vise à contrer des obstacles ciblés par les parties prenantes affectant actuellement l'intégrité de la formation clinique des éIPS dans notre organisation et l'intérêt des médecins à devenir superviseurs. À terme, le projet vise à accroître le nombre de médecins et d'IPS superviseurs pour augmenter l'offre de stages.

Élaboré dans un partenariat établissement-université, le projet inclura la participation de citoyens partenaires. À titre de bénéficiaires potentiels des services d'une IPS, ces citoyens prendront part au projet, notamment par leur contribution à la formation des éIPS à titre de co-enseignant ou encore de facilitateur dans le cadre de simulations.

Le plan d'action sera suivi au moyen d'indicateurs spécifiques et inclura la documentation du cheminement de stage de l'éIPS, et ce, afin de jeter les bases de ce qui deviendra un programme d'accueil des éIPS incluant le soutien aux superviseurs. Selon les résultats de la collecte de données, le plan d'action mettra l'accent sur des activités d'apprentissage permettant de cibler des obstacles et des facilitateurs clés pour la supervision interprofessionnelle des éIPS.

L'approche méthodologique préconisée est celle de la coopération à travers la recherche collaborative, laquelle reconnaît la compétence en contexte de chacune des parties prenantes impliquées dans une recherche de solutions et de changements. Suite à la phase de collecte de données, nous déterminerons des activités d'apprentissage interprofessionnelles visant le développement d'un prototype de cheminement du stage éIPS.

Ultimement, les assises du programme d'accueil dégagées par le projet FORCES rallieront la perspective des scientifiques, des citoyens partenaires, des superviseurs (médecin-IPS), des éIPS, des conseillères en pratique avancées et des gestionnaires. Le projet permettra l'enchaînement d'activités structurantes qui jettera les bases d'un programme d'accueil des éIPS à déployer. Le projet se déroulera dans le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) du CIUSSS ainsi que dans un GMF communautaire partenaire où des IPS du CIUSSS y exercent également et y accueillent des éIPS. Le choix de ces deux milieux aux réalités différentes permet de rassembler un échantillon de cas intéressants afin que le programme qui sera développé puisse répondre à une pluralité de réalités et de milieux de stages. Cela en facilitera également la transférabilité par la suite, s'il y a lieu, à une plus vaste étendue de milieux cliniques de stage.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (QC) / Association Québécoise en retraitement des dispositifs médicaux (QC)

- **Dr Richard Marchand**, microbiologiste et infectiologue
- **Mme Mélissa Giroux**, chef de la prévention et du contrôle des infections
- **Mme Sylvie Paradis**, coordonnatrice URDM et endoscopie, répondante URDM pour Montérégie-Est

Cartographier les risques en retraitement des dispositifs médicaux

Les incidents et accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux sont sous-déclarés dans les installations du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est. Ce projet d'amélioration a pour but de renforcer la surveillance des procédures relatives au retraitement des dispositifs médicaux. Le projet compte trois objectifs :

- Réduire de 25 % le nombre annuel d'incidents et d'accidents liés au retraitement des dispositifs médicaux à l'Hôpital Pierre-Boucher (établissement du CISSS de la Montérégie-Est) ;
- Augmenter de 25 % le nombre des déclarations d'incidents et d'accidents ;
- Faire en sorte que le personnel reçoive une formation sur l'importance de déclarer les incidents et les accidents.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (QC)

- **Mme Caroline White**, coordonnatrice des services spécifiques
- **M. Louis-Philippe Emond**, chef de service
- **M. Patrick Corriveau**, directeur adjoint de la protection de la jeunesse
- **Mme Marie-Josée Santerre**, chef de programme mandats transversaux

Intervenir de façon précoce et concertée en cas de négligence

Ce projet a pour but de réduire le nombre de signalements pour motif de négligence d'ici mars 2020 et d'améliorer la concertation avec les partenaires œuvrant auprès de cette clientèle. L'équipe élaborera un continuum de services pour prévenir et intervenir précocement sur la négligence. Ce continuum comprendra des mesures universelles ainsi que des services spécifiques et spécialisés.

Cette démarche consolidera la trajectoire de détection pour les femmes enceintes vulnérables et leur famille afin de dispenser des services personnalisés. Elle consolidera également la mise en œuvre du programme de prévention SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance), afin de maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères et des pères. Le programme favorisera le développement optimal des enfants à naître, ainsi que des enfants âgés de 0 à 5 ans en situation de vulnérabilité, en :

- Assurant le suivi de la santé physique et mentale des femmes enceintes ;
- Développant et en renforçant le lien d'attachement parent-enfant ;
- Stimulant le développement cognitif, affectif, social et psychomoteur des enfants ;
- Améliorant la sécurité au domicile ;
- Favorisant le développement des compétences parentales et en les renforçant ;

- Intégrant la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents.

Le continuum de services entre les programmes SIPPE et négligence contribuera à éviter les ruptures de services et à renforcer les connaissances et les compétences des professionnels en matière de détection et d'intervention dans les cas de négligence.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'île-de-Montreal (QC)

- **Mme Isabelle Savard**, directrice adjointe des services professionnels - volet affaires médicales
- **Mme Kristine Vitez**, directrice adjointe des services multidisciplinaires - volet opérations
- **M. Bobby Paré**, coordonnateur clinico-administratif, continuum de chirurgie
- **Dre Amélie Foucault**, chef du service de chirurgie générale de l'Hôpital Notre-Dame

Intégration des techniques de pleine conscience au bloc opératoire de l'Hôpital Notre-Dame

Ce projet d'amélioration a pour but d'améliorer le bien-être du personnel, des médecins et des gestionnaires du bloc opératoire de l'Hôpital Notre-Dame. L'équipe a également pour objectif, un deuxième phase du projet, d'améliorer l'expérience de soins des patients du bloc opératoire, notamment, en diminuant la perception de la douleur et en améliorant la gestion de l'anxiété chez les patients participants.

Pour ce faire, les professionnels et gestionnaires du bloc opératoire seront formés en pleine conscience et des techniques de pleines conscience seront intégrées au processus opératoire. De plus, les patients devant subir une chirurgie à l'Hôpital Notre-Dame auront accès à des capsules de méditation guidée dès la préadmission.

Centre hospitalier universitaire du Québec - Université Laval (QC)

- **Mme Caroline Imbeau**, directrice générale adjointe, soutien et administration
- **Mme Caroline Fortin**, coordonnatrice, service de néphrologie
- **Mme Isabelle Vézina**, directrice adjointe des soins infirmiers, volets pratiques professionnelles, enseignement et recherche
- **Mme Marie-Hélène Boulanger**, directrice adjointe de la logistique

Amélioration de l'accès aux soins infirmier par la logistique hospitalière

Les réalités actuelles de la main-d'œuvre hospitalière obligent les décideurs, les équipes soignantes et le personnel de soutien à réfléchir de façon différente et innovante. L'équipe d'amélioration souhaite avoir une incidence positive sur la qualité et la sécurité des soins dispensés aux usagers et optimiser l'expérience du patient. Les tâches n'ayant pas de réelle valeur ajoutée à ce qu'elles soient exécutées par le personnel soignant seront gérées par une équipe logistique afin de permettre une prise en charge plus soutenue de l'état de santé du patient et des soins à lui prodiguer tout au long de son hospitalisation. La structure de travail du personnel soignant spécialisé sera modifiée de sorte à augmenter sa présence auprès des usagers.

Ce projet créera un modèle d'organisation du travail interdisciplinaire qui mettra à contribution toutes les équipes participant aux soins du patient, tant au niveau clinique que logistique. Les rôles, responsabilités, horaires de travail et descriptions de tâches seront examinés en fonction des besoins du patient. La répartition des tâches à accomplir par période de 24 heures sera évaluée dans le but d'optimiser la présence des intervenants cliniques auprès de la clientèle hospitalisée. L'équipe

d'amélioration examinera l'ensemble des flux et des processus afin de les optimiser et de les rendre plus fluides permettant ainsi d'éliminer une grande quantité de tâches sans valeur ajoutée pour l'ensemble des employés leur permettant ainsi de se consacrer à leur mission première et ultimement améliorer la qualité des soins.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (QC)

- **Mme Marie-Eve Bernard**, adjointe au président-directeur général
- **Mme Linda Haworth**, directrice adjointe des programmes jeunesse et activités de santé publique
- **M. Jean-Marc Ricard**, directeur des programmes déficiences

Enjeux de main-d'œuvre, obstacles à la réadaptation de la clientèle hébergée en RAC (résidence à assistance continue)

Les enjeux de main-d'œuvre rencontrés dans le réseau de la santé et des services sociaux complexifient l'atteinte des objectifs visés par le programme de réadaptation des usagers présentant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement (TC-TGC) offert en résidence à assistance continue (RAC), enjeux qui s'intensifient depuis quelques années. La pénurie de personnel qualifié, l'absentéisme, le taux de roulement, les horaires de travail et le manque de formation des intervenants pour travailler auprès de cette clientèle sont quelques exemples d'enjeux rencontrés.

Au terme du projet, il est attendu que les solutions d'amélioration mises en place pour répondre aux enjeux de main-d'œuvre en RAC, visent à améliorer de 20 % trois composantes essentielles des plans d'intervention des usagers pour la RAC ciblée:

- Taux d'usagers présentant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement (TC-TGC) ayant fait l'objet d'une analyse multimodale³;
- Taux d'usagers TC-TGC faisant l'objet d'un suivi intensif des interventions;
- Taux d'usagers TC-TGC ayant un objectif de réadaptation ou de traitement.

À l'aide des données scientifiques et de l'expérience de la clientèle, le projet vise à cerner les meilleures pratiques d'action en matière d'amélioration clinique, de gestion des ressources humaines et de maintien d'un climat de travail sain. Sur la base de ces résultats, l'équipe travaillera en étroite collaboration avec les intervenants d'une RAC qui vivent des difficultés de main-d'œuvre. L'objectif est de dégager les meilleures stratégies pour répondre aux besoins de clientèle du programme et améliorer les enjeux de main-d'œuvre constatés. Les clients et les familles de cette RAC seront étroitement associés au projet.

Santé et Services sociaux, gouvernement du Yukon (YK) / ministère de la Justice, gouvernement du Yukon (YK)

- **Mme Mary Vanstone**, directrice, Bien-être mental et Dépendances, Santé et Services sociaux
- **M. Cameron Grandy**, gestionnaire clinique, Bien-être mental et Dépendances, Santé et Services sociaux
- **M. Jayme Curtis**, directeur par intérim, Services correctionnels, ministère de la Justice

³ L'analyse et l'intervention multimodales (AIMM), intègre les principes de l'approche positive et de qualité de vie de la personne et permet, sur la base des hypothèses causales et globales élaborées, de mettre en branle des stratégies d'intervention ciblées dont on peut ensuite évaluer l'efficacité et la pertinence à travers le monitoring (Services québécois d'expertise en troubles graves du comportement).

- **Mme Sarah Gau**, gestionnaire, Services de santé, ministère de la Justice

Création d'un programme de services thérapeutiques médico-légaux pour le bien-être mental

Les recherches donnent à penser que l'élaboration de programmes ciblés sur le bien-être mental et la consommation de substances psychoactives des clients de la justice pénale pourrait diminuer leurs démêlés avec le système. Ce projet d'amélioration vise à résoudre les problèmes structurels qui empêchent les clients du système judiciaire d'avoir accès à un traitement en santé mentale ou en désintoxication. Nous voulons créer une équipe qui réunira un responsable clinique et trois thérapeutes cliniques titulaires d'une maîtrise qui consacreront leur temps aux clients des services médico-légaux, notamment aux clients incarcérés et à ceux vivant dans la communauté. L'équipe sera familière avec les risques médico-légaux, les traitements médico-légaux et disposera d'une solide expérience en traitement des maladies mentales et de la toxicomanie.

Une évaluation et un traitement efficaces exigent des partenariats avec de nombreux acteurs, notamment tribunaux, thérapeutes / psychologues, personnel des services correctionnels, décideurs et Premières nations du Yukon. Les détenus auront accès à une évaluation ou à un traitement même s'ils ne sont que de passage dans un établissement carcéral pendant une brève période et pourront compter sur une continuité de leurs soins, notamment lors de la transition d'un établissement carcéral vers la communauté. L'équipe assurera la liaison avec les partenaires pour mettre en place un plan de traitement et un soutien adaptés à chaque client. L'équipe élaborera et administrera les traitements appropriés pour remédier aux problèmes sous-jacents qui contribuent au comportement criminel.

BC Cancer (C-B)

- **Mme Bernice Budz**, vice-présidente, Expérience patient et pratique interprofessionnelle
- **Dr Caroline Lohrisch**, chef du département d'oncologie médicale, Vancouver Centre
- **M. John Larmet**, directeur régional principal, Kelowna Centre
- **Mme Cecilia Li**, directrice provinciale, pratique professionnelle en soins infirmiers
- **M. Ranjit Mattu**, coordonnateur, Planification et développement du système

Accès avancé en oncologie spécialisée : transformer l'approche interdisciplinaire centrée sur le patient et sa famille

Ce projet d'amélioration a pour but de minimiser les retards, de réduire les redondances dans les antécédents de santé déclarés par le patient aux professionnels de la santé, de favoriser la création de plans de soins et de réduire le nombre de visites avant le traitement définitif grâce à la création d'un service de consultation interdisciplinaire axé sur le premier rendez-vous en oncologie. Le modèle commencera par les aiguillages pour le cancer du sein et pourra être généralisé à d'autres sites tumoraux en intégrant les disciplines et services propres à chaque population.

Une infirmière rencontrera le patient lors du premier rendez-vous pour veiller à ce que le prestataire dispose des informations nécessaires et pour apaiser les angoisses du patient suscitées par l'attente. Le patient recevra également un appel téléphonique après le rendez-vous pour veiller à ce qu'il comprenne bien les renseignements, notamment les directives relatives aux médicaments d'ordonnance. Pour les patients qui reçoivent un traitement de radiothérapie, le service cherchera à accélérer la consultation en radio-oncologie. Au final, notre objectif est de réduire le délai avant la consultation et, par la suite, le délai avant l'amorce du traitement.

Une rotation de la couverture des médecins éliminera l'annulation des rendez-vous en cas d'absence d'un clinicien. Ce projet d'amélioration permettra à l'équipe de coordonner les cliniques spécialisées en oncologie afin d'éviter les interruptions de service et d'assurer la continuité des soins.

Régie de la Santé de la Nouvelle-Écosse (N-E)

- **M. Matthew Murphy**, directeur, Rendement, Analytique et Responsabilité
- **M. Steven Carrigan**, gestionnaire, Rendement et Analytique
- **Mme Tanya Penney**, directrice principale, Programme de soins d'urgence ; directrice principale, Programme de soins intensifs
- **M. Andrew Nemirovsky**, directeur principal et dirigeant principal de l'information

Prédire le parcours du patient : prévision des volumes et des flux

La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse a pour objectif principal d'assurer l'efficacité des soins. Comment maximiser le nombre de patients vus et soignés en toute sécurité, avec les ressources disponibles, afin de répondre aux besoins en soins des Néo-Écossais ? Ce projet d'amélioration porte sur une meilleure compréhension du flux des patients afin de prévoir les volumes de patients et les goulots d'étranglement à divers moments du parcours du patient. Une démarche analytique appliquée prédira le flux des patients dans les services d'urgence et médicaux afin de mieux comprendre les attentes et les contraintes.

Ce projet a pour but de comprendre le lien entre la demande de services, les besoins individuels en matière de soins, les exigences des prestataires, les facteurs systémiques, ainsi que la manière dont ceux-ci s'entrecroisent pour former le parcours du patient. Ce projet d'amélioration a pour but de soutenir le processus décisionnel qui offre aux Néo-Écossais des soins cohérents, centrés sur la personne, pérennes et de grande qualité.

Régie de la Santé de la Nouvelle-Écosse (N-E)

- **M. Lewis Bedford**, directeur, Traumatologie
- **Dr Robert Green**, directeur médical principal, Programme de traumatologie
- **Mme Cynthia Isenor**, directrice des services de santé, Soins intensifs de Central Zone, Politiques et Planification, Programme de soins intensifs de la NSHA
- **Mme Angela Stairs**, directrice, Services de réadaptation, Eastern Zone

Bouger : La mobilité en tant qu'approche intégrée pour améliorer les résultats

La mise en œuvre d'un programme de mobilisation précoce dans l'unité de soins intensifs (USI) est sécuritaire et peut améliorer les résultats qui comptent le plus pour le patient.

En 2012, l'équipe interprofessionnelle du Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II a élaboré un programme de mobilisation précoce pour tous les patients en soins intensifs de ses unités. On y a instauré des services spécialisés et promu la mobilisation en tant que norme attendue de soins. Le projet a permis de constater une réduction de la mortalité en USI chez les patients victimes de traumatismes et de la mortalité globale en milieu hospitalier.

Par conséquent, en s'inspirant des résultats et des enseignements tirés de l'expérience de deux sites tertiaires, notre équipe d'amélioration élaborera l'approche, le plan et les outils nécessaires pour diffuser ce changement de pratique aux unités de soins pilotes régionales et communautaires, ainsi que dans d'autres centres de soins intensifs et non intensifs partout en Nouvelle-Écosse et au-delà.

Ce projet d'amélioration encouragera les meilleures pratiques, notamment la sédation et le contrôle de la douleur.

Services de Santé d'urgence en Colombie-Britannique (C-B)

- **Mme Suzanne Fuller Blamey**, directrice générale, Qualité et Sécurité
- **Mme Jessica Jaiven**, directrice, Qualité, Sécurité des patients et Agrément
- **Dr Wilson Wan**, directeur médical, Fraser Health ; directeur médical par intérim, Communications et Planification des soins aux patients.
- **M. Ole Olsen**, responsable, Pratique paramédicale

Triage ambulancier avancé à l'échelle provinciale pour améliorer les résultats des patients victimes de traumatismes

Des lignes directrices provinciales sur le triage et le transport pré-hospitaliers ont normalisé la définition de traumatisme majeur chez les patients adultes et pédiatriques en Colombie-Britannique. En outre, elles ont établi une liste actualisée des principaux hôpitaux de traumatologie (LTH) désignés par chaque autorité sanitaire afin d'accueillir et de gérer les patients souffrant de traumatismes majeurs dans chaque région de la province.

Les efforts régionaux visant à améliorer les résultats à court et à long termes après un traumatisme majeur seront axés sur l'optimisation de l'accès aux soins pré-hospitaliers. Ce projet examinera d'abord la mise en œuvre de la directive dans deux hôpitaux de traumatologie de la région du Fraser en tant que sites pilotes avant de diffuser le projet au reste de la province. On mettra l'accent sur quatre domaines principaux:

- L'examen des modifications actuelles et proposées aux pratiques dans les salles d'urgence désignées pour la traumatologie ;
- La communication et l'application des connaissances ;
- L'amélioration des pratiques de documentation;
- La mesure des indicateurs de rendement cliniques liés aux résultats pour le patient.

L'équipe mettra à l'essai diverses idées de changement afin d'établir une stratégie globale de communication et d'application des connaissances sur plusieurs fronts visant à garantir la bonne mise en œuvre de la directive dans la plus grande région urbaine de la Colombie-Britannique. L'approche s'appuiera sur cela et se concentrera sur deux composants : la communication en ligne et le soutien à l'apprentissage en personne.

En outre, avec la mise en place récente d'une plateforme de dossiers de santé électroniques (SIREN), on pourra demander aux ambulanciers si un patient répond à des critères de traumatisme majeur à chaque intervention. SIREN permettra également à l'équipe de concevoir un formulaire de documentation unique aux traumatismes majeurs avec des champs de données précis importants pour l'évaluation. Les champs peuvent être rendus obligatoires et la sélection de certaines réponses peut être imposée plutôt que du texte libre. Ceci améliore le taux de documentation et réduit la variabilité des réponses selon la littérature scientifique sur la sécurité des patients et la qualité des soins.

L'équipe envisage d'utiliser les enseignements tirés de ce projet comme tremplin pour déployer de futurs changements au sein de l'organisme.

Hôpital Michael Garron (ON) / VHA Home Healthcare (On) / Woodgreen Community Services (ON)

- **Mme Ashnoor Rahim**, vice-présidente, Soins communautaires, WoodGreen Community Services
- **M. Courtney Bean**, directeur des services à la clientèle, VHA Home HealthCare

- **Mme Sandra Dickau**, directrice, Soins médicaux et intensifs, Hôpital Michael Garron
- **Dr Christopher N.C. Smith**, médecin membre du personnel, Médecine interne générale, Hôpital Michael Garron
- **M. Mark Fam**, vice-président, Programmes cliniques, Hôpital Michael Garron

Home 2day : Soins de courte durée à domicile pour les patients atteints de MPOC

Les admissions pour maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) représentent un fardeau important pour les hôpitaux. Tous les ans, l'hôpital Michael Garron donne congé à 450 patients atteints de MPOC dont la durée moyenne de séjour est de sept jours. Après une brève phase aiguë (1-2 jours), les patients des soins conventionnels restent hospitalisés pour se rétablir et courent ainsi un risque d'infection nosocomiale. Leurs proches aidants sont contraints de se déplacer pour être à leurs côtés et la prestation des soins est inefficace en raison du faible degré de gravité de leur état.

Home 2day identifie des patients hospitalisés à faible risque dont l'état se prête bien à un traitement d'urgence à domicile, dispensé en toute sécurité, avec un soutien professionnel pertinent. Une équipe interdisciplinaire de partenaires de l'hôpital et des soins à domicile dispense des soins à domicile et virtuels pendant une semaine, tout au plus. On s'attend à ce que le programme Home 2day soit aussi sécuritaire que les soins conventionnels, davantage centré sur le patient, moins coûteux et dégage des ressources spécialisées pour prendre en charge des patients dont l'état est plus grave (Echevarria, 2018).

Ce projet d'amélioration s'appuie sur des outils fondés sur des données probantes pour identifier des patients à faible risque. Par ailleurs, il repose sur un cheminement clinique de transition standardisé pour la prise en charge intégrale du patient, la sensibilisation et la navigation. Le modèle est constitué de soins à domicile axés sur les besoins du patient, d'un suivi physiologique, de consultations virtuelles, de gestion de cas, d'un numéro de téléphone d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et d'un accès à une clinique d'intervention rapide. Au moment d'obtenir leur congé de Home 2day, les patients sont mis en contact avec les services conventionnels de soutien à domicile.

En définissant et en précisant un parcours de soins standardisé pour la transition, le modèle intégré établit des rôles plus clairs pour les équipes hospitalières, à domicile et communautaires et contribue à déterminer les conditions essentielles à une bonne transition vers le domicile.

Le modèle sera étendu à d'autres affections qui présentent des schémas d'utilisation de ressources similaires, tels que l'insuffisance cardiaque congestive, la pneumonie et la cirrhose.

Projets d'amélioration FORCES 2018

Centre hospitalier universitaire de Québec (QC) - Université Laval (QC) / Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (QC)/ Université Laval (QC)/ Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (QC)

- **Dr Bruno Piedboeuf**, Coordonateur clinique
- **Mme Katia Boivin**, Chef de services des activités d'enseignement
- **M. Érik Plourde**, Chef du service de l'enseignement médical
- **Mme Marielle Lapointe**, Adjointe au Vice-recteur et coordinatrice des sciences de la santé

Accroître le soutien envers les professionnels dans les régions ultrapériphériques afin d'améliorer l'accès aux soins

Le présent projet vise à soutenir les professionnels de la santé dans le développement d'expertises requises pour assurer une offre de services de qualité en région ultrapériphérique. Incidemment, il est attendu que le projet aura des effets, non seulement sur la qualité des soins et services, mais également sur l'attraction et le maintien des professionnels de la santé en région. L'équipe effectuera une analyse de la situation actuelle afin de mettre le doigt sur les besoins des professionnels en termes de formation continue et de soutien pour leurs pratiques professionnelles. Les critères de sélection considéreront l'aspect multidisciplinaire du projet, le besoin d'une intégration des services, les besoins des populations desservies dans ces régions et le potentiel d'utiliser la télésanté dans certains cas.

Par ailleurs, les leçons apprises dans le cadre de la formation des médecins pourront être utilisées le cas échéant à d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. En raison de la durée limitée de ce projet, les infirmières ne seront pas comprises dans la première phase.

L'équipe du projet effectuera une analyse de la situation actuelle pour mettre le doigt sur les défis visant à mieux soutenir les pratiques professionnelles et le développement des expertises nécessaires pour assurer une offre de service adéquate aux populations en région ultrapériphériques. Nous documenterons les obstacles et établirons par la suite un cadre de référence composé d'une diversité de méthodes de formation, et nous testerons ensuite un projet en particulier.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (QC)

- **M. Benoit Geneau**, Directeur des programmes de santé mentale et dépendance
- **Dr. Pierre Guay**, Médecin psychiatre et médecin-conseil
- **Mme Josée Fournier**, Directrice adjointe des services multidisciplinaires - volet opérations
- **Mme Maryse Poupard**, Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

La santé mentale, la ligne de force de la performance organisationnelle

Selon les données de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, les coûts d'invalidité associés à la santé mentale surpassent maintenant ceux des maladies cardiovasculaires et représentent la catégorie de dépenses en soins de santé qui affiche la croissance la plus marquée au Canada. Cette tendance a aussi des répercussions sur les professionnels de la santé.

D'après Alain Marchand, professeur du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Université de Montréal (2009), une carrière dans la santé et les services sociaux peut être un facteur à la source de problèmes en matière de santé mentale, cependant d'autres facteurs, comme la dynamique de la famille, les réseaux sociaux, les populations locales et les traits de personnalité, peuvent aussi jouer un rôle et peuvent être difficiles à divulguer en milieu de travail.

En raison de la nature complexe des problèmes de santé mentale, les organisations et leur personnel de direction sont mal équipés pour offrir des cadres de travail de rechange pour faire face à des questions de santé mentale. Ce projet d'amélioration vise à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie d'amélioration de la performance de l'organisation centrée sur la santé mentale en milieu de travail, de sorte que les fournisseurs de soins de santé puissent offrir des soins et des services optimaux. Le modèle stratégique se fonde sur trois objectifs spécifiques d'intervention :

- S'assurer d'un emploi et d'une productivité sur une base continue pour le personnel devant faire face à un problème de santé mentale ou possiblement touché par un tel problème;
- Identifier et introduire des facteurs de protection en matière de santé mentale en milieu de travail et réduire les risques psychosociaux;
- Réduire les impacts des stigmates et de la discrimination associés aux problèmes de santé mentale dans les relations de travail.

L'intervention sera axée sur l'intégration des nouveaux employés, l'emploi continu et la réintégration à la suite d'un congé dans deux contextes cliniques. Cette intervention prendra assise dans des mesures qui ont été amorcées aux échelons locaux et nationaux afin de mettre au point un modèle de réponse intégré.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (QC)

- **Mme Nancie Brunet**, Directrice adjointe qualité, risques et éthique
- **Mme Nathalie Charbonneau**, Directrice adjointe continuum en déficience physique 1re, 2e, 3e ligne
- **Mme Julie Lauzon**, Directrice adjointe, santé mentale jeunesse, réadaptation enfants et adolescentes
- **Mme Isabelle Matte**, Directrice adjointe de l'hébergement

Améliorer l'expérience du client en généralisant la qualité de la relation d'accueil, et celle de la continuité du parcours de soins et services

Le projet vise à améliorer l'expérience des usagers et de leurs proches au sein de services de trois directions du CIUSS : la Direction du programme jeunesse (DJ), la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et la Direction des services de réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou déficience physique (DI-TSA-DP). Les clients, leurs familles et les partenaires communautaires de soins et services seront partie prenante des démarches d'amélioration, notamment pour s'assurer que les interventions soient alignées sur leurs objectifs de vie et leurs préférences, et que toutes les décisions en matière de soins prennent en compte leur savoir expérientiel. Le projet impliquera également des membres du personnel et des dirigeants occupant diverses positions au sein de ces secteurs, et également au sein de d'autres directions de soutien.

L'approche préconisée prend racine au sein de la culture et des valeurs de l'organisation et se reflètera dans chaque action et décision. Elle implique bien plus qu'une recherche de la satisfaction du client, elle

constitue un réel engagement et des actions concrètes permettant de développer et d'offrir de meilleurs soins et services pour tous en prenant en compte les préférences des usagers.

L'implantation et le maintien des nouvelles pratiques auprès des trois groupes visés nécessiteront l'engagement de l'ensemble du personnel et des dirigeants. Cette démarche permettra également de saisir comment des interactions empreintes de compassion, et des continuums et transitions de soins et services mieux coordonnés peuvent faire une différence dans le parcours d'un client et de ses proches.

Services de santé et services sociaux (YN) et régie des hôpitaux du Yukon (YN)

- **Mme Amy Riske**, directrice, Soins et collectivité
- **M. Dallas Smith**, gestionnaire, Projets d'améliorations des systèmes de bien-être mental
- **Mme Laura Salmon**, directrice, Programmes de santé des Premières Nations
- **Mme Stefanie Ralph**, directrice générale de l'expérience du patient

Des plans de soins élaborés de façon conjointe en appui aux transitions de soins pour des adultes plus âgés

Notre projet d'amélioration vise à élaborer de façon conjointe un plan de soins intégrés avec un groupe d'adultes plus âgés qui sont des utilisateurs du système de services de santé et de services sociaux. Fera l'objet d'une sélection un petit échantillon d'adultes plus âgés (le groupe 1) représentatif de toutes les régions du Yukon, y compris une association de clients de milieux urbains et ruraux, et qui ont utilisé deux services de soins de santé de plus. L'échantillon comprendra aussi des clients qui sont typiquement mal desservis, ou qui ne reçoivent pas suffisamment de soutien, comme les Premières Nations en milieu rural. L'équipe de projet travaillera avec ces clients ainsi que leurs fournisseurs de soins et de soutien (p. ex., soins primaires, thérapie, famille) afin de s'assurer que tous les domaines importants relativement aux soins du client soient abordés.

L'élaboration de façon conjointe de l'outil et du processus de planification des soins intégrés mettra en jeu des questionnaires destinés aux clients, une cartographie de l'historique [story mapping], des groupes de discussions, un examen des cas, des entrevues structurées et informelles. Une fois que le plan et le processus aient fait l'objet d'une ébauche, un projet pilote sera lancé avec le groupe 1 afin de perfectionner davantage l'outil et le processus. Le plan de soins serait accessible à tous les fournisseurs participants dans les soins à dispenser aux clients et sera mis à jour par ces fournisseurs. Les mécanismes visant à partager et à mettre à jour le plan de soins seront définis dans le cadre du projet. Lorsque l'ébauche sera terminée, un groupe test distinct de clients (le groupe 2) sera sélectionné afin de piloter l'outil et le processus, et afin de déterminer s'il est prêt à des fins de diffusion et de renforcement.

Santé Î.-P.-É.

- **Mme Donna MacAusland**, Program Development Lead, Primary Health Care
- **M. Paul Young**, administrateur du Community Hospitals West
- **Mme Anita Mackenzie**, gestionnaire du Primary Care Queens East

Clinique provinciale d'évaluation orthopédique des hanches et des genoux

Des données révèlent que 75 % des aiguillages en raison d'un problème à une hanche ou à un genou vers un chirurgien orthopédiste n'aboutissent pas à une chirurgie. L'équipe de santé de l'Î.-P.-É. ouvrira une clinique d'évaluation orthopédique centralisée, qui comprendra une infirmière praticienne formée spécialement dans ce but qui sera responsable du triage de tous les aiguillages en ce qui concerne les

hanches et les genoux et dont l'objectif est de réduire le temps d'attente actuel de 12 à 14 mois avant de pouvoir consulter un chirurgien orthopédiste.

Les patients qui nécessitent une intervention chirurgicale seraient aiguillés vers le prochain chirurgien orthopédiste disponible ou le chirurgien de leur choix. Leur condition serait aussi optimisée en prévision d'une chirurgie, réduisant de ce fait la durée de leur séjour. On offrirait un autre traitement aux patients qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale, le cas échéant, comme une injection des articulations, de la physiothérapie ainsi qu'une planification nutritionnelle; améliorant de ce fait leur condition et les tenant à distance du bureau du chirurgien orthopédiste.

Santé Î.-P.-É.

- **Mme Marion Dowling**, chef des soins infirmiers et paramédicaux, et de l'expérience du patient
- **Mme Kelly Wright**, directrice des infirmières et des opérations, Hôpital Prince Country
- **Mme Leslie Warren**, gestionnaire provinciale, Soins aigus en santé mentale et toxicomanies
- **Mme Edna Miller**, administratrice, Community Hospitals East

Intégration de la documentation des résultats critiques des patients relativement aux soins infirmiers aigus

L'ensemble des données du projet canadien des résultats dans le domaine de santé pour l'amélioration de l'information et des soins (C-RSAIS) a été souscrit en tant que norme canadienne approuvée en janvier 2012.

Fort de données probantes au cours de sa mise en œuvre, nous obtenons des résultats améliorés auprès des patients. Santé Î.-P.-É. propose d'intégrer l'ensemble des données de soins infirmiers aigus C-RSAIS qui se trouve dans la documentation clinique au sein du système de renseignements cliniques électroniques actuellement en place pour l'ensemble des hôpitaux de l'Î.-P.-É. La mise en œuvre se fera dans un ou deux centres d'essai pour être ensuite déployée dans l'ensemble des centres de soins aigus. L'intégration aura pour objectif de saisir et d'améliorer des évaluations et des interventions critiques en soins infirmiers en fournissant des renseignements pouvant être reportés, mesurés et comparés en ce qui a trait à la condition des patients à l'accueil et lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital. Ces renseignements feront l'objet d'un partage et d'un transfert entre les soins aigus, les soins à domicile, les soins à longue durée et les soins primaires au moment de l'admission d'un patient ou lorsqu'il reçoit son congé de l'hôpital après avoir reçu des soins aigus.

Ce projet d'amélioration aura pour effet d'occasionner un changement dans la documentation sur les soins infirmiers à l'accueil et au moment du congé de l'hôpital après avoir reçu des soins aigus. Un apport de la part du personnel de première ligne, de patients, de conseillers familiaux et de membres du comité directeur sera recueilli afin de s'adapter au cheminement des patients et aux flux des travaux; de concevoir, de changer et de mettre en œuvre la documentation dans le cadre d'un système d'information clinique, de former et de préparer le personnel au changement; et mesurer ou évaluer le succès et le maintien de l'amélioration.

Ministère de la santé et des services sociaux (QC)/ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (QC)

- **M. Daniel Garneau**, Directeur, Direction des services en déficience et en réadaptation physique
- **Mme Natalie Rosebush**, Directrice, Direction générale adjointe des services sociaux et des services aux aînés

- **Mme Lyne Girard**, Directrice générale adjointe programmes sociaux et réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- **Mme Jacinthe Cloutier**, Directrice adjointe services spécifiques et spécialisés Di-TSA adulte

Un réseau intégré de services socioprofessionnels et communautaires

La continuité des soins et services est étroitement liée à l'intervention en temps opportun de toutes les parties prenantes pertinentes (réseau de la santé et services sociaux, éducation, travail et organisations communautaires) afin de mieux appuyer les usagers et encourager leur pleine participation au sein de la société. Le Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec fera l'examen des niveaux d'intégration des services avec les partenaires et mettra en œuvre un réseau intégré de services socioprofessionnels complémentaires adapté pour répondre aux profils et aux besoins de chaque usager ainsi que pour offrir une meilleure continuité de services. Ces mesures permettront de s'assurer que les usagers reçoivent les bons services, au bon moment et par les bonnes personnes. Elles permettront aussi de promouvoir la responsabilité des parties prenantes en fonction de leur rôle dans le continuum de soins et services.

Le présent projet comprend une évaluation de mise en œuvre sur un territoire donné, des personnes (nombre à déterminer) présentant des déficiences, en vue d'identifier la contribution de chaque partenaire du réseau local à la réponse à ses besoins. L'objectif est d'améliorer l'accès et assurer un cheminement fluide des usagers tout au long des diverses transitions entre les services de santé et services sociaux, scolaires, professionnels, à l'emploi ou communautaires ainsi que la coordination de ces services parmi les parties prenantes.

Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (Nouvelle-Écosse)

- **Mme Alissa Decker**, gestionnaire de programme, Bone and Joint Team & Orthopedic Assessment Clinic
- **Mme Lisa MacDonald**, gestionnaire des services de réadaptation
- **Mme Sally Blenkhorn**, gestionnaire, Rehabilitation Services and Hip and Knee Clinic
- **Dr. Marcy Saxe-Braithwaite**, directrice principale, péri-opératoire/services chirurgicaux

Optimisation de l'accès à la chirurgie de remplacement des articulations en Nouvelle-Écosse

En Nouvelle-Écosse, le temps d'attente pour un remplacement total d'un genou est d'environ 457 jours, et de 388 jours pour un remplacement total d'une hanche. L'objectif de ce projet d'amélioration est de réduire les temps d'attente d'une consultation en chirurgie pour une chirurgie de remplacement des articulations (CRA) à partir d'un aiguillage pour une consultation auprès d'un chirurgien (attente 1). Actuellement, la référence nationale pour l'attente 1 est de 90 jours.

Des méthodes courantes d'amélioration ont été adoptées avec succès dans d'autres territoires de compétence à savoir : les réseaux de soins provinciaux pour les CRA, les processus centralisés d'accueil et d'aiguillage, des méthodologies électroniques pour la collecte et l'évaluation des données, et l'établissement de mécanismes en cours pour l'engagement du patient et de la famille visant à assurer que des voies et des résultats en matière de soins soient en accord avec les attentes du patient. En avril 2011, l'autorité sanitaire Eastern à St John's à T.-N.-L. est parvenue à réduire de 71 % l'attente 1 grâce à la mise en œuvre d'un système centralisé d'accueil et d'aiguillage, ce qui a permis un processus formel de collecte de données visant à informer davantage de secteurs quant à une amélioration ciblée.

Notre équipe souhaite mettre en œuvre des stratégies similaires visant à améliorer les temps d'attente 1, et un jour l'attente 2 à partir d'une décision chirurgicale à la date de la chirurgie. Notre plan d'intervention provincial proposé comprendra : un processus centralisé d'accueil et d'aiguillage et de collecte de

données, des évaluations normalisées et des critères visant à déterminer le candidat pour la chirurgie ainsi que le niveau d'urgence, la préparation avant la chirurgie et l'optimisation des candidats pour une CRA.

Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (Nouvelle-Écosse)

- **Mme Bethany McCormick**, directrice principale, Planification, performance et responsabilité
- **Mme Noella W. Whelan**, chef de pratique professionnelle, Pratique interprofessionnelle et apprentissage
- **Mme Nancy MacConnell-Maxner**, directrice, Pratique interprofessionnelle et apprentissage, secteur nord
- **Mme Nicole Lukeman**, directrice, Politiques et planification des services de médecine aiguë

Mettre en application l'évaluation fondée sur des données probantes en vue d'améliorer les modèles de soins auprès des patients

Notre projet d'amélioration intégrera des données probantes qualitatives et quantitatives visant à évaluer le modèle de soins ainsi que l'amélioration de la qualité et les forces mobilisatrices du système, à informer la prise de décision et la planification des services. Les données probantes visant à informer la prise de décisions comprendront : 1) les besoins des patients et de la population; 2) les exigences du fournisseur (expérience, composition du personnel, les processus); et, 3) des facteurs de niveaux de systèmes (dans un contexte politique, socioéconomique et opérationnel).

Nos efforts seront axés sur une unité pilote de médecine aiguë en milieu rural, pour laquelle des données probantes laissent croire, qu'il y a non-concordance entre le besoin de la population de patients et le niveau de soins qui est actuellement dispensé y compris la composition du personnel interprofessionnel, les processus d'unités ainsi que d'autres ressources. De plus, il y a une instabilité dans les ressources humaines en matière de santé, des problèmes dans le cheminement de patients, et des occasions à saisir en vue d'améliorer les transitions dans les soins.

Le projet aura recours à une amélioration continue et à un processus de planification axés sur trois étapes clés : 1) identification des besoins de la population de patients en vue d'informer le niveau requis de services; 2) des exigences orienteront la conception de l'équipe interprofessionnelle ainsi que les ressources et les processus au sein de l'unité; et, 3) une évaluation sur une base régulière des résultats des patients et des niveaux de système en vue de signaler s'il y a correspondance ou non entre la population de patients et le modèle de services et le besoin d'une réévaluation. Un engagement étendu des intervenants composés du personnel, des médecins, des patients et des familles fera partie intégrante du processus. Le projet fonctionnera de pair avec les intervenants locaux en vue d'élaborer et de mettre en œuvre un changement dans le plan de gestion et de mise en œuvre à la suite de la planification des services.

Vancouver Coastal Health (C.-B.)

- **Mme Sujata Connors**, directrice, Santé de la collectivité et de la famille
- **Mme Kim Markel**, gestionnaire, soins de courte durée, Powell River
- **Mme Lauren Tindall**, directrice, Sunshine Coast

Accès, flux et transitions optimaux et continus en milieu rural

Le soin de transition est défini comme « une série d'actions conçues pour assurer la coordination et la continuité des soins reçus par les patients alors qu'ils sont transférés d'un endroit à l'autre ou d'un niveau de soins à l'autre » (Parry, Mahoney, Chalmers et Coleman, 2008, p. 317). Lorsque la transition

d'un patient du milieu hospitalier à la résidence est loin d'être idéale, les répercussions peuvent être dévastatrices et peuvent comprendre des admissions et des réadmissions non nécessaires à l'hôpital, des événements médicaux indésirables et peuvent même mener au décès. Une planification efficace menant au congé de l'hôpital est nécessaire afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins au bon endroit au bon moment.

Notre projet est axé sur l'amélioration du flux de soins dans l'ensemble des centres côtiers de Vancouver, ce qui comprendra l'élaboration d'une vision partagée en vue d'orienter la planification à des fins d'une amélioration efficace et durable. La collaboration et la coopération sont essentielles sur des questions en lien avec l'accès, le flux et la capacité. Des groupes de travail des projets dont le cheminement de patients a une incidence sur les intervenants, y compris les patients, leurs familles, le personnel de soins aigus ou de la collectivité et les têtes dirigeantes. Le personnel partagera leurs expériences et leurs préoccupations en s'engageant dans le processus d'enquête afin d'acquérir une meilleure compréhension de la situation et de mettre en œuvre des solutions appropriées pour résoudre les défis auxquels ils font face.

Projets d'amélioration FORCES 2017

British Columbia (BC) Cancer Agency / Fraser Health (British Columbia)

- **Tammy Currie**, Directrice principale / Opérations cliniques régionales, Abbotsford Cancer Centre, Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique
- **Marie Hawkins**, Directrice administrative, Soins de santé primaires/gestion des maladies chroniques, réseau clinique de médecine, oncologie et stratégie régionale en matière d'accident vasculaire cérébral, Fraser Health Authority
- **Shallen Letwin**, Vice-président / Opérations régionales, Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique
- **Gary Pansegrau**, Directeur médical régional, Fraser Valley Cancer Centre, Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique
- **Astra Pereira**, Coordonnatrice/ Opérations régionales, Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique

Amélioration du réseau d'oncologie communautaire en Colombie-Britannique

La BC Cancer Agency est responsable de la prestation de services de thérapie systémique, du financement de tous les médicaments contre le cancer, ainsi que de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des normes de qualité relatives aux traitements systémiques offerts dans l'ensemble de la Colombie-Britannique. À l'heure actuelle, la thérapie systémique (c.-à-d. la chimiothérapie) est assurée à la fois par la BC Cancer Agency et les autorités régionales de la santé de la Colombie-Britannique. Au sein de la BC Cancer Agency, la thérapie systémique est dispensée par 6 centres régionaux de la Colombie-Britannique, tandis que dans les 5 autorités régionales de la santé, la thérapie systémique est offerte par 43 pharmacies et cliniques relevant du Community Oncology Network (CON). Le CON est responsable de 40 % à 50 % de la chimiothérapie administrée en Colombie-Britannique.

Dans le cadre d'un état des lieux réalisé en 2016, on a cerné des enjeux liés à la pérennité, à la prestation efficace des soins, aux ressources, à la qualité et à la coordination des soins du cancer entre les organismes. En optant pour un modèle de prise de décisions éclairées par des données probantes dans le but de mieux orienter la planification, la prise de décisions et les opérations du CON, ce PA entreprendra de créer des niveaux de service et des mesure du rendement pour le CON. Ces efforts devraient aboutir à une amélioration de la qualité de l'expérience du patient, contribuer à une meilleure mesure et un meilleur suivi du rendement, permettre une comparaison par rapport à d'autres organisations internationales et assurer l'excellence opérationnelle.

Ce PA concorde avec les priorités stratégiques de la BC Cancer Agency, du ministère de la Santé et des autorités régionales de la santé. Il permettra d'accroître la responsabilisation de tous les prestataires et systèmes de soins de santé, tout en veillant à ce que les services qui sous-tendent le continuum des soins du cancer soient exploités sous forme de système intégré plutôt que de court-pointe de prestataires.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches (Québec)

- **Carole Bordes**, Directrice adjointe Logistique, CISSS de Chaudière-Appalaches, Lévis, Québec
- **Véronique Boutier**, Directrice administrative de la recherche, CISSS de Chaudière-Appalaches, Lévis, Québec

- **Josée Chouinard**, Directrice du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS de Chaudière-Appalaches, Montmagny, Québec
- **Daniel Paré**, Président Directeur Général, CISSS de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, Québec

Le préposé aux bénéficiaires : POUR l'utilisateur, PAR la logistique

Le CISSS de Chaudière-Appalaches doit innover pour répondre au bien-être de sa population tout en optimisant l'utilisation de ses ressources. L'alourdissement de sa clientèle avec des troubles cognitifs dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) pose des défis à l'organisation qui doit s'actualiser afin d'offrir une expérience client de qualité. Dans ce contexte, la pénurie du personnel de soins devient un enjeu majeur.

Notre projet vise à maximiser les tâches du préposé aux bénéficiaires(PAB) afin qu'il soit un guide significatif au cœur du service offert à l'utilisateur. L'hypothèse de travail est qu'en rehaussant ses compétences, par une analyse logistique de mutualisation et de synchronisation des flux qui touchent l'ensemble des tâches autour de l'utilisateur, le PAB va être libéré pour jouer un rôle d'accompagnateur privilégié veillant au bien-être de l'utilisateur. Ces tâches devraient être optimisées pour être intégrées sans coût supplémentaire à l'organisation du travail. Au-delà de l'optimisation des services et de l'amélioration de la satisfaction au travail du PAB, nous nous attendons également à des gains cliniques auprès de la clientèle visée avec, par exemple, une augmentation des approches non médicamenteuses ainsi qu'une diminution observée des troubles de comportements perturbateurs liés à la proximité du PAB.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous proposons d'effectuer un portrait exhaustif des activités planifiées ou non autour de l'utilisateur dans deux CHSLD du territoire, puis d'évaluer nos interventions. D'un point de vue organisationnel, les retombées de ce projet auront un impact sur le développement de l'excellence au sein de l'établissement.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre (Québec)

- **Danièle Moore**, Coordonnatrice Maladies infectieuses, gestion des menaces et santé environnementale, CISSS de la Montérégie-Centre, Longueuil, Québec
- **François Pilote**, Professionnel équipe planification-Évaluation, Direction de santé publique, CISSS de la Montérégie-Centre, Longueuil, Québec
- **Mathieu Lanthier-Veilleux**, Médecin-conseil – équipe de planification et d'évaluation, CISSS de la Montérégie-Centre, Longueuil, Québec

Salle de pilotage en santé publique : une meilleure performance pour améliorer la santé de la population

Suite à la restructuration importante du système de santé québécois en 2015, chaque établissement du réseau de santé (CISSS) a instauré une salle de pilotage stratégique. Cet outil de gestion de performance éprouvé est utilisé lors des comités de direction. Ces salles servent à coordonner les activités de leur plan stratégique avec les cibles, les projets de transformation et les actions réalisées. L'objectif de ce PA est d'adapter et d'implanter à la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie une salle de pilotage commune aux trois CISSS. Par sa responsabilité régionale, sa préoccupation de favoriser l'engagement des gestionnaires et du personnel ainsi que son défi d'identifier des indicateurs pour une mesure adéquate des activités de santé publique, la Direction de santé publique vise à expérimenter une salle de pilotage adaptée et unique : démocratisée, multi-établissements et avec des indicateurs innovateurs. Ainsi, par une conception et utilisation inclusive (professionnels, multi-directions,

multipartenaires et multi-établissements), ce PA permettra de démocratiser et de mobiliser les ressources autour de priorités communes. Par une participation de trois CISSS dans son élaboration, ce PA harmonisera les activités de santé publique au sein de la région. Par des indicateurs des activités de santé publique, la DSP sera à même de mieux coordonner ses activités et à mieux alimenter les autres directions dans leurs propres activités au bénéfice de la santé de sa population. Finalement, l'évaluation et l'expérimentation de ce PA permettront d'inspirer d'autres directions et d'autres établissements à suivre son exemple dans l'adoption d'un outil de gestion innovateur.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est (Québec)

- **Marianne Dion-Labrie**, Conseillère cadre Expérience client et Éthique, CISSS de la Montérégie-Est, Saint-Hyacinthe, Québec
- **Bernard Lachance**, Conseiller cadre intérimaire à la gestion intégrée de qualité, CISSS de la Montérégie-Est, Saint-Hyacinthe, Québec
- **Annie Lemoine**, Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique, CISSS de la Montérégie-Est, Saint-Hyacinthe, Québec
- **Michèle Ouellet**, Chef à la gestion intégrée de la qualité, CISSS de la Montérégie-Est, Saint-Hyacinthe, Québec

L'implication du patient-ressource dans l'analyse des événements indésirables graves

La gestion des risques se traduit par une approche corrective visant à réduire les conséquences d'un événement indésirable et identifier des mesures d'amélioration. (CISSSME, 2017). Depuis quelques années, de nouvelles approches se développent vers une participation de l'utilisateur et de ses proches. Celles-ci s'inscrivent en droite ligne avec le concept de « soins centrés sur le patient et sa famille » et du déploiement de l'expérience client. L'expérience client constitue un « ensemble de perceptions, d'interactions et de faits vécus par les clients et leurs proches » (Beryl Institute, 2015). L'implication des usagers améliore la qualité et la sécurité des soins (Sage, 2002). Bien que les données démontrent les bienfaits d'une participation accrue des usagers et de leurs proches, peu d'études confirment leur réelle implication dans l'analyse d'un événement indésirable grave. Ce projet a été élaboré afin de permettre la participation des usagers dans l'analyse de ces événements, considérant que leur voix devient un vecteur puissant d'amélioration. Bien que certaines personnes puissent se sentir à l'aise en participant à cette initiative, un engagement précoce et mal soutenu peut conduire à des expériences négatives. Pour éviter ces répercussions, la désignation d'une personne pouvant soutenir l'utilisateur permet d'améliorer ces expériences. C'est pourquoi l'accompagnement de l'utilisateur et de ses proches par une équipe de patients-ressources est préconisé. Ce projet permettra le développement de stratégies de participation de l'utilisateur et ses proches dans les actions d'amélioration. Il offrira l'opportunité de se centrer sur leurs besoins, d'améliorer la communication, les relations et de prévenir les événements indésirables graves.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest (Québec)

- **Stéphane Dubuc**, Directeur des services multidisciplinaire et de l'enseignement universitaire, CISSS de la Montérégie-Ouest, Châteauguay, Québec
- **Mélanie Caron**, Chef du département de pharmacie, CISSS de la Montérégie-Ouest, Châteauguay, Québec
- **Sophie Poirier**, Directrice adjointe, Direction des services multidisciplinaires, CISSS de la Montérégie-Ouest, Châteauguay, Québec

- **Marie-Josée Roy**, Directrice adjointe ID-ASD-PD(DI-TSA-DP), CISSS de la Montérégie-Ouest, Châteauguay, Québec

Innovation pour l'organisation des soins et services de proximité en AVC

La réforme de la Santé amorcée avec la Loi 10 a orienté les organisations vers une série d'objectifs à atteindre afin de réaliser le plan stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). L'implantation du continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) est un de ceux-ci. L'analyse de la situation réalisée à ce jour nous a permis d'identifier différentes problématiques actuellement vécues par la clientèle AVC telles que l'accessibilité aux services, la continuité de ceux-ci aux périodes de transition, la transmission des informations entre les acteurs et la coordination des services. Dans la structure organisationnelle actuelle, l'implantation du continuum exige de coordonner les efforts de six directions cliniques afin de réussir à atteindre les cibles prescrites dans le délai imparti. L'étalement de la clientèle sur l'ensemble du territoire représente un défi supplémentaire au niveau de l'implantation des pratiques de pointes prévues dans le continuum. Ainsi, l'implantation d'une structure de gestion intégrée des activités dédiées à la clientèle AVC sous une gouverne clinico-administrative unique nous apparaît une piste de solution innovante à ce défi de taille. Ce projet s'inscrit dans la volonté de notre organisation de mettre l'accent sur la réalisation des priorités stratégiques issues du MSSS, des attentes du comité de direction en lien avec la capacité organisationnelle ainsi que sur la volonté du conseil d'administration de favoriser une approche patient partenaire lors de la réalisation de projets d'envergure.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (Québec)

- **Donald Haineault**, Directeur des soins infirmiers, CIUSSS du Centre-Sud- l'île-de-Montréal, Montréal, Québec
- **Julie Grenier**, Directrice adjointe au PDGA/Partenariat et soutien à l'offre de service, CIUSSS du Centre-Sud- l'île-de-Montréal, Montréal, Québec
- **Julie Lajeunesse**, Directrice des services professionnels, CIUSSS du Centre-Sud- l'île-de-Montréal, Montréal, Québec
- **Nicole Parent**, Adjointe au Directeur des soins infirmiers et directrice du projet, CIUSSS du Centre-Sud- l'île-de-Montréal, Montréal, Québec

PATH-C HND : Projet d'amélioration – transition entre les soins hospitaliers et communautaires à l'hôpital Notre-Dame

L'intégration de l'Hôpital Notre-Dame (HND) au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) nécessite une transformation de sa vocation actuelle. L'HND passera d'un hôpital universitaire offrant des soins ultraspecialisés, à un hôpital communautaire offrant des services de proximité à la population du territoire. Une nouvelle offre de services sera disponible à la population du centre-ville de Montréal afin d'adresser les problématiques de santé urbaine. Les données populationnelles révèlent un profil de santé défavorable, maladies chroniques et inégalités sociales, troubles de santé mentale, clientèles vulnérables, et une faible adéquation entre les besoins de services et ceux obtenus par la population. Le Projet d'Amélioration de la Transition entre les soins Hospitaliers et les soins Communautaires (PATH-C HND) vise à : 1) Planifier l'offre de services de l'HND communautaire pour répondre aux besoins de la population de son territoire, notamment composée de clientèles vulnérables, dans un contexte de santé urbaine, grâce à des soins de proximité et une première ligne forte; 2) Développer une transition optimale entre les soins hospitaliers et les soins communautaires et prévenir le recours à l'urgence grâce à une approche

intégrée favorisant l'accès, la continuité et la fluidité dans toute la trajectoire de services. Guidé par une analyse des caractéristiques de la population et des données probantes, le projet PATH-C HND vise à définir la nouvelle offre de services et les arrimages requis avec la communauté afin de mieux répondre aux besoins de la population du centre-ville de Montréal.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-St-Jean (Québec)

- **Céline Benoit**, Directrice adjointe des services professionnels responsable de la cancérologie et des soins palliatifs, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Dolbeau-Mistassini, Québec
- **Danielle Delisle**, Adjointe du directeur du programme jeunesse, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chicoutimi, Québec
- **Martyne Gagnon**, Conseillère-cadre services psychosociaux, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Jonquière, Québec
- **Jimmy Martel**, Chef de l'administration des programmes équipe spécialisée en santé mentale et dépendance et services ambulatoires jeunesse, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Dolbeau-Mistassini, Québec

Qualité, accessibilité et proximité dans les services et les pratiques en soins palliatifs pédiatriques

Tout d'abord, il est pertinent de mentionner que la répartition territoriale de la population desservie par le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean est de 65 % en zone rurale et répartie sur une large superficie de 95 900 km carrés. Les normes en matière de soins palliatifs pédiatriques du Québec de 2006 classent les décès chez les enfants en 6 catégories : les enfants dont la condition permet un traitement curatif, mais dont l'issue est incertaine, les enfants dont la condition entraînera une mort prématurée inévitable, les enfants présentant une condition progressive sans espoir de guérison, les enfants avec des problèmes neurologiques graves, les nouveau-nés dont l'espérance de vie est très limitée et les membres d'une famille ayant perdu un enfant de façon imprévue. Au Québec, la moyenne annuelle de décès dans ces 6 catégories s'élève à 840 décès entre 1997 et 2001 (Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques, 2006, p. 20). Si l'on considère que le Saguenay-Lac-Saint-Jean représente 3 % de la population québécoise, cela représente en moyenne 20 enfants par année pour la région. Une recension rapide pour l'année 2015-2016 dénombre 2 décès à domicile, 4 décès en centre hospitalier de cause non traumatique et que 7 jeunes ont bénéficié d'un suivi de soins palliatifs offert par le réseau de la santé et des services sociaux. Ceci nous laisse présager qu'une partie de notre clientèle décède et reçoit des services en dehors de notre région, information que nous n'avons pu valider. Ainsi, dans l'objectif d'offrir des services de qualité et de proximité basés sur les meilleures pratiques et répondant aux normes établies par MSSS en soins palliatifs pédiatriques, nous comptons déterminer un modèle d'organisation de soins et services idéal pouvant assurer à la fois qualité et proximité pour la clientèle de soins palliatifs pédiatriques considérant la faible volumétrie. D'ailleurs, la plupart des modèles d'organisation de soins palliatifs s'entendent pour favoriser l'implication de la communauté, au sens large du terme, dans ce type de soins (Plan de développement 2015-20 soins palliatifs et de fin de vie, MSSS, Québec, 2015). Cet aspect pourrait être inclus dans les pistes de solution à envisager.

Nova Scotia Health Authority (Nouvelle-Écosse)

- **Susan Stevens**, Directrice principale, Soins continus, Nova Scotia Health Authority, Halifax, Nouvelle-Écosse

- **Glenda Keenan**, Directrice, Rendement du système dans les soins continus, Nova Scotia Health Authority, Halifax, Nouvelle-Écosse
- **Scott McCulloch**, Chef d'équipe, Physiothérapie, Nova Scotia Health Authority – Programme principal LINCS, Middleton, Nouvelle-Écosse
- **Bob Jenkins**, Directeur, Soins continus de la zone ouest, Nova Scotia Health Authority, Yarmouth, Nouvelle-Écosse

Rien ne vaut son chez-soi : Instaurer une philosophie de la primauté du domicile dans la Nova Scotia Health Authority et au-delà

Depuis 2003-2004, le système de soins de santé de la Nouvelle-Ecosse a connu une évolution importante : au sortir de l'hôpital, plus de patients rentrent à la maison, suivis par des services de soins à domicile, et moins de patients sont aiguillés vers des centres d'hébergement. Au cours des dernières années, la NSHA est parvenue, dans une certaine mesure, à faire avancer l'approche de la primauté du domicile dans certaines parties de la province. Or, plus de travaux s'imposent pour élaborer et soutenir un programme complet de promotion de cette culture de la primauté du domicile à l'échelle provinciale et, par ailleurs, il convient d'accorder une attention particulière aux régions qui sont à la traîne.

Ce projet se penchera sur les causes profondes des obstacles à l'instauration d'une culture de la primauté du domicile parmi le personnel et les prestataires de soins continus, de soins infirmiers, de soins à domicile, de soins de courte durée, de soins primaires et de services de santé mentale, ainsi que chez les médecins, les personnes et les familles directement touchés par les soins continus. Ce projet se propose également d'examiner les facteurs qui expliquent les progrès de certaines régions de la province afin de mieux comprendre les pratiques exemplaires et les éléments qui pourraient être diffusés à d'autres endroits qui n'ont pas eu autant de succès. À l'aide d'indicateurs de rendement clés, de données interRAI sur les soins de santé, de récits d'expérience de clients, d'enseignements tirés de l'ensemble de la province et de pratiques exemplaires extraites de la littérature scientifique, nous élaborerons une culture et une approche de la primauté du domicile. Cette approche débouchera sur un travail ciblé dans des domaines précis, non seulement afin de produire une amélioration de la qualité des soins et des dimensions de la qualité de vie des personnes et de leurs familles, mais également pour influencer sur les résultats du système de santé, notamment l'optimisation des ressources et la gestion durable.

Ottawa Regional Cancer Foundation (Ontario)

- **Linda Eagen**, PDG fondatrice de l'accompagnement des personnes atteintes de cancer, Fondation du cancer de la région d'Ottawa, Ottawa, Ontario
- **Johanne Levesque**, VP directrice, Soins aux survivants et pratique professionnelle, Services d'accompagnement et communauté de pratique, Fondation du cancer de la région d'Ottawa, Ottawa, Ontario
- **John Ouellette**, Vice-président directeur, Philanthropie, Création de partenariats et engagement communautaire, Fondation du cancer de la région d'Ottawa, Ottawa, Ontario

L'amélioration et la diffusion du coaching en matière de cancer

Les services de Coaching en matière de cancer sont un programme communautaire centré sur la personne élaboré par la Fondation du cancer en 2011. Cette pratique innovante de soins de santé et de services sociaux exige des clients qu'ils participent activement à leurs soins pour améliorer leur qualité de vie et leur bien-être en général. Les services d'accompagnement pour le cancer représentent la synthèse des meilleures pratiques mondiales. Ils s'inspirent de modèles d'orientation du patient proposés par le Partenariat canadien contre le cancer ; de soins pour les survivants (post-

traitement) de la Fondation américaine Livestrong et du modèle de soins centrés sur la personne conçu par le MacMillan Cancer Support du R.-U. Il est également fondé sur des données probantes plus générales en matière d'encadrement en santé qui révèlent que ce type de modèle décline les autres approches de prestation de conseils dans 80 % des essais cliniques.

La Fondation a adopté la méthodologie HealthChange® (Australie) qui a démontré la valeur de l'accompagnement en termes d'observance des plans de traitement et de changements de comportement lorsqu'il est mis en œuvre dans un système de santé. Avec de plus en plus de données démontrant l'efficacité du coaching, la Fondation du cancer souhaite mettre cette méthodologie d'accompagnement à l'échelle. À cette fin, un programme de formation professionnelle a été élaboré en collaboration avec l'Université York et une communauté de pratique a également été mise sur pied. Des prestataires de soins de santé du Winchester District Memorial Hospital, de la Maison de soins palliatifs d'Ottawa, du Centre de ressources communautaires de Vanier et de l'Équipe de santé familiale Clarence-Rockland offrent à présent des services de coaching en matière de cancer et, en outre, des services virtuels seront bientôt disponibles. La diffusion du coaching en matière de cancer soutiendra l'intégration des soins plus près de chez soi.