



# Portail de l'innovation en santé : Archive des pratiques novatrices

## Thème : Accès et temps d'attente (vol. 2)

Janvier 2014



Health Council of Canada  
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

TERMES DE RECHERCHE:	N/A	LOCATION:	Tout
THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	30 résultats sur 81

**1. Le Mental Health Engagement Network : permettre aux patients de consulter leurs dossiers de santé personnalisés grâce à la technologie du téléphone intelligent**

Implementation Year: Mardi, octobre 9, 2012 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html">http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html</a>
---	-------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'offrir des soins mobiles centrés sur le patient aux personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale. Lancée en Ontario, la pratique mettait à contribution 55 professionnels de la santé mentale.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Cheryl Forchuk Titre : Chercheuse principale Organisme : Université Western Ontario/Lawson Health Research Institute Courriel : [cforchuk@uwo.ca](mailto:cforchuk@uwo.ca) Téléphone : 519 685-8500, poste 77034

**2. Visites médicales en groupe : une initiative pour améliorer l'accès, l'efficacité et les résultats des soins de santé prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique**

Implementation Year: Mardi, octobre 7, 2008 - 13:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
---	--------------------------------	-------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'accroître l'efficacité des établissements de médecine familiale et d'améliorer les résultats en matière de santé ainsi que l'expérience des patients qui sont traités pour des maladies chroniques. L'initiative a été lancée dans des établissements de médecine familiale aux quatre coins de la Colombie-Britannique et chaque séance met normalement en jeu des médecins de famille, des professionnels paramédicaux ainsi que des assistants de cabinet de médecin.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Liza Kallstrom Titre : Responsable, contenu et mise en œuvre, programme de soutien à la pratique Organisme : BC Medical Association Courriel : [lkallstrom@bcma.bc.ca](mailto:lkallstrom@bcma.bc.ca) Téléphone : 604-638-2854

**3. A GP for Me: An Initiative to Match British Columbians with Family Doctors**

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 11:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://www.agpforme.ca/">http://www.agpforme.ca/</a>
--	--------------------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question du renforcement du système de soins de santé primaires et de l'amélioration des résultats sur la santé en aidant les gens qui veulent un médecin de famille à en avoir un. Le projet pilote, qui a été lancé en Colombie-Britannique dans trois collectivités, faisait appel à quelque 300 médecins de famille.

CONTACT INFORMATION:



Nom : Jonathan Agnew Titre : Directeur exécutif, Soutien et qualité de la pratique Organisme : BCMA Courriel : jagnew@bcma.bc.ca Téléphone : 604-638-2833

#### 4. Modèle incitatif de désencombrement des services des urgences : Récompenser les temps de passage cibles qui améliorent l'accès et réduisent l'attente dans le service des urgences

Implementation Year: Jeudi, novembre 1, 2007 - 00:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	--------------------------------	-------------------

##### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice emploie à résoudre la question de l'amélioration de l'accès et du roulement des patients dans les services des urgences en offrant des incitatifs financiers aux hôpitaux lorsqu'ils atteignent des cibles de performance prédéterminées concernant la durée du séjour aux urgences. Ce modèle de rémunération au rendement a été expérimenté en 2007 en Colombie-Britannique dans quatre hôpitaux de soins actifs de la Régie de la santé de la côte de Vancouver et il a été étendu à toute la province en 2010.

##### CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Les Vertesi Titre : Directeur général Organisation : Health Services Purchasing Organization (HSPO) Courriel : les.vertesi@gov.bc.ca Téléphone : s. o. Dernière mise à jour : 29 août 2013

#### 5. CareOregon's The Productive Ward (Releasing Time to Care) ou le service productif de CareOregon (libérer du temps pour soigner)

Implementation Year: Mercredi, février 4, 2009 - 01:00	Location: International	Practice Website: <a href="http://www.careoregon.org/TransformingHealthcare/ReleasingTimetoCare.aspx">http://www.careoregon.org/TransformingHealthcare/ReleasingTimetoCare.aspx</a>
--	-------------------------	---

##### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à améliorer l'acheminement du travail au personnel infirmier afin de consacrer plus de temps aux soins directs aux patients. Initialement conçue au Royaume-Uni, la pratique a été lancée dans quatre hôpitaux de l'Oregon aux États-Unis et mettait à contribution un chef de direction, soins infirmiers, une infirmière gestionnaire d'une unité de démonstration, un animateur de programme ainsi qu'une ou deux infirmières de chevet qui provenaient d'une unité de démonstration.

##### CONTACT INFORMATION:

Nom : Barbara Kohnen Adriance Titre : Gestionnaire, Gouvernance et élaboration de plans d'affaires Organisme : CareOregon Courriel : kohnenb@careoregon.org Téléphone : 503-416-3675 Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

#### 6. Programme de stages communautaires intégrés pour l'évaluation clinique des étudiants de premier cycle en médecine à l'Université de la Colombie-Britannique

Implementation Year: Mardi, février 3, 2004 - 00:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://mdprogram.med.ubc.ca/program-information/integrated-community-clerkships/">http://mdprogram.med.ubc.ca/program-information/integrated-community-clerkships/</a>
---	--------------------------------	---

##### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à combler la pénurie de médecins dans les collectivités rurales et éloignées. La pratique, qui a été lancée en septembre 2004 à l'hôpital général de Chilliwack, en Colombie-Britannique, met à contribution six médecins de famille à titre de précepteurs primaires ainsi qu'un groupe de dirigeants du corps enseignant afin d'exécuter la planification du programme.

##### CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Mark MacKenzie Titre : Directeur du programme de stages communautaires intégrés Organisme : Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique Courriel : [icc.admin@ubc.ca](mailto:icc.admin@ubc.ca) Téléphone : 604-875-4111, poste 62380 Dernière mise à jour : Juin 2013

#### 7. High Acuity Response Team (HART) ou équipe d'intervention de haut niveau

Implementation Year: Mardi, mars 2, 2010 - 00:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: N/a
--	--------------------------------	-----------------------



**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice permet de fournir des soins intensifs mobiles aux hôpitaux ruraux qui n'ont pas de services de soins de phase aiguë afin de stabiliser et de maintenir les soins aux patients et, si nécessaire, de transporter les patients à un niveau de soins supérieur. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans la région sanitaire Trail, mettait à contribution six infirmières en soins de phase aiguë, une équipe d'ambulance de réanimation de base ainsi qu'un inhalothérapeute à l'occasion.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Brent Hobbs **Titre :** Directeur régional, Services de transport des patients **Organisme :** Interior Health **Courriel :** Brent.Hobbs2@interiorhealth.ca **Téléphone :** 250-870-5758 **Dernière mise à jour :** Le 2 juillet 2013

**8. L'Hôpital de jour gériatrique : Pour améliorer les résultats sur la santé des aînés qui vivent dans la collectivité**

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 1990 - 00:30	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.nygh.on.ca/Default.aspx?cid=1199&amp;lang=1">http://www.nygh.on.ca/Default.aspx?cid=1199&amp;lang=1</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à améliorer les résultats sur la santé des patients du troisième âge qui vivent dans la collectivité grâce à une approche interprofessionnelle centrée sur le patient dans un hôpital de jour gériatrique spécialisé. Ce programme a été lancé en Ontario il y a environ 25 ans dans le cadre d'un programme de santé pour les personnes âgées dans un grand hôpital.

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Timmy Olanubi **Title:** Registered Nurse **Organization:** Senior's Health Centre – North York General Hospital **Email address:** timmy.olanubi@nygh.on.ca **Telephone number:** (416) 756 6050 ext. 8053 **Information last updated on:** July 7 2013

**9. Projet Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne (TACPC)**

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, février 3, 2013 - 00:30	<b>Location:</b> National	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.ccyhc.org/work_surgical_projects.html">http://www.ccyhc.org/work_surgical_projects.html</a>
---	---------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde la question des temps d'attente pour les chirurgies pédiatriques en offrant un système d'information complet sur les temps d'attente pour les priorités comparables pour cette population. La pratique, qui a été lancée dans 15 centres de santé pédiatrique universitaires aux quatre coins du Canada, faisait appel à des chirurgiens, à du personnel en technologie de l'information (TI) et à des coordonnateurs des sites du projet.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Dr James G. Wright **Titre :** Chirurgien en chef, Service de chirurgie **Organisme :** The Hospital for Sick Children **Courriel :** james.wright@sickkids.ca **Téléphone :** 416-813-5018

**10. Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, mars 2, 2011 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.sherbourne.on.ca/programs/infirmery.html">http://www.sherbourne.on.ca/programs/infirmery.html</a>
--	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde la question de l'hébergement des personnes qui sont sans abri ou mal logées et qui ont souffert d'un problème médical aigu d'une maladie ou d'une blessure aiguë. Lancée en Ontario dans un milieu clinique de Toronto, la pratique met à contribution une équipe coordonnée du centre d'accès aux soins communautaires, des oncologues ainsi que le personnel du centre de santé Sherbourne.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Dre Laura Pripstein **Titre :** Directrice médicale **Organisme :** Sherbourne Health Centre **Téléphone :** 416-324-5064 **Dernière mise à jour :** Le 14 juin 2013



## 11. Des soins dentaires accessibles à tous grâce aux services dentaires gériatriques spécialisés

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, mars 2, 2011 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.runnymedentalcentre.com/">http://www.runnymedentalcentre.com/</a>
---	--------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique dentaire novatrice aborde la question de l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires des personnes dont l'état physique, médical ou cognitif est contraignant. La clinique vise à intégrer en douceur des services cliniques dentaires pour un éventail de patients, y compris pour les cas les plus complexes. Lancée en Ontario en janvier 2011, cette initiative prend la forme d'une clinique dentaire spécialisée indépendante qui est exploitée dans un milieu hospitalier.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Dre Natalie Archer **Titre :** Organisme : Centre dentaire Runnymede **Courriel :** [runnymedental@drarcher.ca](mailto:runnymedental@drarcher.ca) **Téléphone :** 416-763-2000  
**Dernière mise à jour :** Le 1er mai 2013

## 12. Accès avancé et réorganisation de la pratique clinique au CRSC Burntwood

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 1, 2008 - 00:00	<b>Location:</b> Manitoba	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/advancedaccess.html">http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/advancedaccess.html</a>
--	---------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice a été mise en vedette par le Conseil canadien de la santé dans sa série de vidéos « Innovations qui réduisent les temps d'attente » sur le site : [www.conseilcanadiendelasante.ca/tempsdattente](http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tempsdattente)

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Jo-Anne Lutz **Titre :** Directrice, cliniques de soins primaires **Organisme :** Office régional de la santé du Nord **Courriel :** [jlutz@brha.mb.ca](mailto:jlutz@brha.mb.ca)  
**Téléphone :** 204-677-1796 **Dernière mise à jour :** 15 avril 2013

## 13. Total Joint Assessment Clinic (Clinique d'évaluation complète des articulations)

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 10, 2007 - 00:15	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/bpd/2008/bpd2008-pres-6d.pdf">http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/bpd/2008/bpd2008-pres-6d.pdf</a>
--	--------------------------	--

### SNAPSHOT:

La présente pratique novatrice vise à réduire le temps d'attente pour l'évaluation et le traitement des patients souffrant d'arthrite de la hanche ou du genou.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Maureen Sly?Havey **Titre :** infirmière en pratique avancée, gestionnaire de projet du programme régional d'arthroplasties de la hanche et du genou **Organisation :** Hôpital Queensway Carleton et RLISS Champlain **Adresse électronique :** [mslyhavey@qch.on.ca](mailto:mslyhavey@qch.on.ca) **Numéro de téléphone :** 613-721-2000, poste 3550 **Dernière mise à jour de l'information :** 24 mars 2013

## 14. La transition des patients entre la BC Cancer Agency et Vancouver Acute Services

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.vch.ca/home/">http://www.vch.ca/home/</a>
--	---------------------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde les moyens à prendre pour faciliter le mieux possible les transferts des patients entre les autorités régionales de la santé.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Sue Fuller Blamey **Titre :** Directrice générale, Qualité et sécurité **Organisme :** Provincial Health Services Authority **Courriel :** [sue.fuller-blamey@bccancer.bc.ca](mailto:sue.fuller-blamey@bccancer.bc.ca) **Téléphone :** 604-877-6198 ou 604-788-3175 **Dernière mise à jour :** Le 27 mars 2013



## 15. Répertoire des spécialistes

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:30	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=642&amp;lang=1">https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=642&amp;lang=1</a>
--	-------------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à accroître l'accès aux soins et à diminuer les délais d'attente en montrant aux patients qu'ils peuvent avoir accès à des spécialistes aussi qualifiés pour lesquels les temps d'attente sont moins longs.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Ron Epp **Titre :** Chargé de projet principal **Organisme :** Ministère de la Santé de la Saskatchewan **Courriel :** ron.epp@gov.sk.ca **Téléphone :** 306-787-7261 **Dernière mise à jour :** Le 24 mars 2013

## 16. Collaborative Emergency Centres (centres d'urgence collaboratifs)

<b>Implementation Year:</b> Lundi, février 7, 2011 - 00:45	<b>Location:</b> Nouvelle-Écosse	<b>Practice Website:</b> <a href="http://novascotia.ca/health/betterCareSooner/">http://novascotia.ca/health/betterCareSooner/</a>
--	----------------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à améliorer l'accès aux soins de santé et à élargir l'accès aux soins de santé primaires à l'aide d'équipes coopératives composées de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières autorisées et d'ambulanciers paramédicaux dans chaque collectivité.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Dr John Ross, M.D., FRCPC **Titre :** Urgentologue Professeur, Département de médecine d'urgence, Université Dalhousie **Conseiller provincial pour les soins d'urgence, ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse** **Organisme :** Université Dalhousie **Courriel :** john.ross@dal.ca **Téléphone :** 902-473-2164 **Dernière mise à jour :** Le 5 avril 2013

## 17. Process Improvement Initiative in Endoscopy (initiative d'amélioration des processus en endoscopie)

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 00:00	<b>Location:</b> Terre-Neuve-et-Labrador	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.centralhealth.nl.ca/">http://www.centralhealth.nl.ca/</a>
---	--	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice est une stratégie provinciale destinée à diminuer les temps d'attente pour les services d'endoscopie.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Tracy MacDonald **Titre :** Gestionnaire régionale des temps d'attente **Organisme :** Central Health **Courriel :** Tracy.macdonald@centralhealth.nl.ca **Nom :** Judy Budgell **Titre :** Conseillère provinciale pour les temps d'attente – Division de l'accès et de l'efficacité clinique **Organisme :** Ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador **Courriel :** judy.budgell@centralhealth.nl.ca

## 18. Le projet Orthopedic Central Intake (accueil centralisé en orthopédie)

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 9, 2010 - 00:00	<b>Location:</b> Terre-Neuve-et-Labrador	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Taming_of_the_Queue_English/2012Poster-OrthopedicCentralIntakePoster.sflb.ashx">http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Taming_of_the_Queue_English/2012Poster-OrthopedicCentralIntakePoster.sflb.ashx</a>
--	--	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à faciliter l'orientation des patients en orthopédie vers le prochain chirurgien disponible en effectuant un suivi de l'état d'avancement de l'aiguillage et en amenant tous les fournisseurs de soins de santé à participer tout au long du processus.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Michelle Alexander **Titre :** Responsable du projet, Orthopédie **Organisme :** Eastern Health **Courriel :** michelle.alexander@easternhealth.ca



Téléphone : 709-777-1320

### 19. Saskatchewan's Clinical Practice Redesign (CPR) (remaniement de la pratique clinique de la Saskatchewan)

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 01:00	Location: Saskatchewan	Practice Website: <a href="https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&amp;lang=1&amp;pre=view">https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&amp;lang=1&amp;pre=view</a>
--	------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lisa Clatney Titre : Directrice de programme Organisme : Conseil sur la qualité des soins de santé Courriel : [lclatney@hqc.sk.ca](mailto:lclatney@hqc.sk.ca) Téléphone : 306-668-8810, poste 106

### 20. Advanced Access for Family Physician Appointments in Manitoba (Accès avancé pour les rendez-vous avec les médecins de famille au Manitoba)

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:00	Location: Manitoba	Practice Website: <a href="http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/advancedaccess.html">http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/advancedaccess.html</a>
--	--------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Roberta Vyse Titre : Responsable du projet Organisme : Santé Manitoba Courriel : [Roberta.vyse@gov.mb.ca](mailto:Roberta.vyse@gov.mb.ca) Téléphone : 204-788-6340

### 21. Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management (itinéraire vers les soins : mesure et gestion de l'orientation et du temps d'attente)

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:45	Location: Alberta	Practice Website: <a href="http://www.albertahealthservices.ca/">http://www.albertahealthservices.ca/</a>
--	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Allison Bichel, M.H.P., M.B.A. Titre : Directrice exécutive, Accès Organisme : Alberta Health Services Courriel : [allison.bichel@albertahealthservices.ca](mailto:allison.bichel@albertahealthservices.ca) Téléphone : 403-617-6642

### 22. Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse – Déclaration des temps d'attente

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:15	Location: Nouvelle-Écosse	Practice Website: <a href="http://breastscreening.nshealth.ca/">http://breastscreening.nshealth.ca/</a>
--	---------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Ryan Duggan Titre : Analyste de données et coordonnateur de projet Organisme : Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse Courriel : [Ryan.Duggan@cdha.nshealth.ca](mailto:Ryan.Duggan@cdha.nshealth.ca) Numéro de téléphone : 902-488-0839

### 23. myDDSNetwork Collaborative Model for Dentistry Referrals (modèle de collaboration myDDSNetwork pour les aiguillages dentaires)

Implementation Year:	Location: National	Practice Website: <a href="http://www.ereferralpilot.com/">http://www.ereferralpilot.com/</a>
----------------------	--------------------	---



Vendredi, février 3, 2012 -  
00:15

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Jeff Glaizel Titre : Président et chef de la direction Organisme : myDDSnetwork Ltd. Courriel : drjeff@myddsnetwork.com Téléphone : 416-579-9679

## 24. Le groupe de travail national sur les modèles de soins musculosquelettiques et la feuille de travail maîtresse de l'Alliance de l'arthrite du Canada

Implementation Year: Mardi, février 1, 2011 - 00:30	Location: National	Practice Website: <a href="http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf">http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf</a>
---	--------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Cyril B. Frank Titre : Responsable, groupe de travail sur les modèles de soins Organisme : L'Alliance de l'arthrite du Canada Courriel : cfrank@ucalgary.ca Téléphone : 403-220-6881

## 25. OsteoArthritis Service Integration System (OASIS) (système d'intégration des services de lutte contre l'arthrose)

Implementation Year: Jeudi, février 9, 2006 - 00:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://oasis.vch.ca/">http://oasis.vch.ca/</a>
---	--------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Cindy Roberts Titre : Directrice des soins primaires pour les programmes musculosquelettiques et les projets spéciaux, directrice du programme OASIS Organisme : Vancouver Coastal Health Courriel : cindy.roberts@vch.ca Téléphone : 604-875-5228

## 26. Alternative Relationship Plan–Rheumatology Project

Implementation Year: Samedi, février 4, 2006 - 00:45	Location: Alberta	Practice Website: <a href="http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf">http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf</a>
--	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Terri Lupton Titre : Infirmière autorisée Organisme : Alberta Health Services Courriel : theresa.lupton@albertahealthservices.ca Téléphone : 403-944-4426

## 27. Stratégie de soins partagés pour les patients atteints de maladie chronique, Providence Health Care

Implementation Year: Jeudi, février 4, 2010 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf">http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf</a>
---	--------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:





**Nom :** Margot Wilson **Titre :** Directrice, Stratégie de gestion des maladies chroniques **Organisme :** Providence Health Care (stratégie de soins partagés) **Courriel :** mwilson@providencehealth.bc.ca **Téléphone :** 604-682-2344, poste 66522

## 28. Spine Pathway Project (projet de cheminement clinique – colonne vertébrale)

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:45	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.health.gov.sk.ca/back-pain">http://www.health.gov.sk.ca/back-pain</a>
--	-------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Brad Waddell **Titre :** Gestionnaire de projet, Recherche et développement du cheminement clinique **Organisme :** Ministère de la Santé, Direction des soins actifs et des services d'urgence **Courriel :** brad.waddell@health.gov.sk.ca **Téléphone :** 306-787-2424

## 29. Services de soins primaires sur le terrain en Colombie-Britannique Gouvernement : Colombie-Britannique

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2007 - 01:00	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.vch.ca/home/">http://www.vch.ca/home/</a>
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Anne McNabb **Organisme :** Régie de la santé Vancouver Coastal **Courriel :** anne.mcnabb@vch.ca **Téléphone :** 604-730-7605, poste 7605

## 30. Un modèle interprofessionnel de soins qui intègre les services musculosquelettiques ambulatoires

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2006 - 01:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.sunnybrook.ca">http://www.sunnybrook.ca</a>
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Susan Robarts **Titre :** Superviseure clinique, physiothérapeute en pratique avancée **Organisme :** Sunnybrook Health Sciences Centre **Courriel :** susan.robarts@sunnybrook.ca **Téléphone :** 416-967-8634



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Le Mental Health Engagement Network : permettre aux patients de consulter leurs dossiers de santé personnalisés grâce à la technologie du téléphone intelligent

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde le besoin d'offrir des soins mobiles centrés sur le patient aux personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale. Lancée en Ontario, la pratique mettait à contribution 55 professionnels de la santé mentale.

**DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :** Environ un Canadien sur cinq souffrira d'une maladie mentale dans sa vie, mais l'accès à des soins continus et de soutien peut pourtant s'avérer difficile. Seulement une personne atteinte d'une maladie mentale sur cinq reçoit une aide professionnelle.

Le Mental Health Engagement Network (MHEN) est un projet de recherche d'une durée de deux ans qui a été lancé en septembre 2011 par l'entremise du London Health Sciences Centre, du Centre de santé St-Joseph, des services de soins de santé communautaires et de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ce projet consiste à implanter, à exploiter et à évaluer l'efficacité des technologies Web et mobiles dans le but d'offrir des services de soins de santé continus et de soutien aux personnes qui vivent avec une maladie mentale dans la collectivité.

Grâce au projet Mental Health Engagement Network, 400 personnes atteintes d'une maladie mentale et 55 professionnels de la santé mentale reçoivent des appareils portatifs, comme des téléphones intelligents ou des tablettes, qui ont été programmés avec un dossier SMART du Lawson Health Research Institute, une application en santé mentale qui comprend un dossier de santé personnalisé ainsi que des outils interactifs. Le dossier SMART a été conçu en partenariat avec Telus Santé. Le projet MHEN est financé par Inforoute Santé du Canada, un organisme à but non lucratif subventionné par le gouvernement fédéral.

Le dossier Lawson SMART permet aux personnes d'avoir accès à leurs renseignements médicaux personnels, y compris à leurs médicaments actuels et antérieurs, à leurs diagnostics, à leurs antécédents médicaux, aux coordonnées de leur fournisseur de soins ainsi qu'à leurs évaluations. Les gens peuvent également recevoir des invites et des rappels, suivre les indicateurs de leur état de santé, créer et gérer des plans d'activités et échanger des messages avec leur fournisseur de soins.

Ce projet allie la technologie et les stratégies de rétablissement courantes employées pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale. Les membres de l'équipe de recherche du programme estiment que l'accès à des renseignements sur la santé personnalisés et à jour aura pour effet d'habiliter les patients à participer activement à la gestion de leur santé, d'améliorer l'accès au système de soins de santé mentale et d'assurer une coordination des soins. Ils pensent également que l'emploi de la technologie intelligente dans le domaine de la santé mentale peut améliorer la qualité de vie et réduire les coûts de soins de santé occasionnés par les visites dans les services d'urgence et les admissions dans les hôpitaux.

## RÉPERCUSSIONS :

Le projet Mental Health Engagement Network, qui a pris naissance en septembre 2011, se terminera en novembre 2013. Les personnes ont bénéficié de cette intervention dans le cadre d'une méthode de mise en place échelonnée en août 2012 et en mars 2013. Même si le projet n'a pas encore été évalué officiellement, des données seront recueillies au cours des entrevues qui seront réalisées pour les besoins d'un sondage en quatre temps (à la ligne de départ, puis six, 12 et 18 mois après la mise sur pied) ainsi que pendant les séances qui seront menées avec des groupes de discussion. Les données recueillies mesureront l'état de santé, le bien-être, la qualité de vie, la prise en main personnelle, l'utilisation des services sociaux et juridiques, les perceptions de la technologie ainsi que la facilité d'utilisation des outils du MHEN. Les premiers résultats devraient être connus d'ici l'automne 2013. Des analyses des aspects économiques, politiques et éthiques et de l'efficacité du projet seront également effectuées afin de formuler des recommandations fondées sur des données probantes à l'égard de



l'utilisation des technologies intelligentes dans le domaine des soins de santé mentale.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le Mental Health Engagement Network n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs. Cela dit, ce projet est appelé à grandir grâce à un partenariat avec The Sandbox Project, un organisme voué à l'amélioration de la santé des enfants et des jeunes, en s'adressant également aux enfants et aux jeunes qui présentent des symptômes de dépression. Le lancement de ce projet est prévu pour septembre 2013.

Une des leçons retenues par l'équipe de recherche est l'importance d'amener les principaux intervenants, comme la collectivité, les acteurs cliniques et les consommateurs, à participer à la conception et à la mise sur pied d'un nouveau modèle pour la prestation des services. Pour assurer la mise en place et l'adoption du projet, les utilisateurs finaux doivent être mobilisés dès le début afin de tenir compte des besoins de la population ciblée.

**SITE WEB DE LA PRATIQUE :** <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Cheryl Forchuk

Titre : Chercheuse principale

Organisme : Université Western Ontario/Lawson Health Research Institute

Courriel : [cforchuk@uwo.ca](mailto:cforchuk@uwo.ca)

Téléphone : 519 685-8500, poste 77034

Dernière mise à jour : Juin 2013

#### **Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :**

##### ***Communications personnelles :***

McKillop, M. (examen et rétroaction, 9 juillet 2013). [coordonnatrice de la recherche, MHEN].

##### ***Autres :***

London Health Sciences Centre. (15 octobre 2012). *Announcing the Mental Health Engagement Network*. Extrait de : [http://www.lhsc.on.ca/About\\_Us/LHSC/Publications/Features/MHEN.htm](http://www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Publications/Features/MHEN.htm)

Mental Health Engagement Network. (2013). *From Idea to transformation—Enabled by collaboration*. [Contenu élaboré à partir d'une présentation pour la Conférence nationale sur le leadership.]

Mental Health Engagement Network (2013). <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>

**External Source:** <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Visites médicales en groupe : une initiative pour améliorer l'accès, l'efficacité et les résultats des soins de santé prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

## APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'accroître l'efficacité des établissements de médecine familiale et d'améliorer les résultats en matière de santé ainsi que l'expérience des patients qui sont traités pour des maladies chroniques. L'initiative a été lancée dans des établissements de médecine familiale aux quatre coins de la Colombie-Britannique et chaque séance met normalement en jeu des médecins de famille, des professionnels paramédicaux ainsi que des assistants de cabinet de médecin.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Pour la plupart des affections chroniques, il y a des symptômes que tous les patients ont en commun, comme un mode de vie et des mesures de prévention alimentaires qu'ils peuvent adopter, ainsi que des renseignements qu'ils doivent tous avoir ou connaître. Malgré tout, les patients ne reçoivent souvent pas toute l'information nécessaire pour gérer leur maladie dans le cadre de la consultation individuelle de 15 minutes traditionnelle avec leur médecin de famille. Les visites médicales en groupe permettent aux patients de recevoir des soins, de l'éducation et des conseils de leur médecin de famille dans un environnement collectif favorable. Au lieu de devoir répéter les mêmes renseignements à chaque patient, les médecins transmettent l'information une fois au groupe, puis ils prennent le temps d'aborder la gestion de la maladie en profondeur. Les patients doivent respecter le caractère strictement confidentiel des rencontres et signer une lettre d'entente avant de participer.

Les visites médicales en groupe constituent l'un des sept modules d'apprentissage offerts aux médecins en Colombie-Britannique dans le cadre du [Practice Support Program \(programme de soutien à la pratique\)](#), une initiative qui prévoit une formation et un soutien pour les médecins et leurs assistants de cabinet afin d'améliorer la gestion des aspects cliniques et des pratiques et d'optimiser la prestation des soins de santé primaires aux patients. Le programme de soutien à la pratique a commencé comme une initiative du General Practice Services Committee (comité responsable des services de médecine générale), un partenariat entre le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et l'association médicale de la Colombie-Britannique. Le programme de soutien à la pratique bénéficie maintenant d'une orientation, d'un soutien et d'un financement supplémentaires du Shared Care Committee (comité chargé des soins partagés) et du Specialist Services Committee (comité responsable des services spécialisés).

Les visites médicales en groupe apportent une entraide sociale, mais elles se distinguent des groupes de soutien traditionnels dans le sens où les séances ont tendance à être plus éducatives et où les questions d'ordre médical sont encouragées. Le programme vise à faire gagner du temps aux praticiens et à donner aux patients une tribune où ils peuvent partager leurs connaissances et acquérir de la confiance afin de gérer eux-mêmes leur santé. De l'avis du General Practice Services Committee, ce programme devrait apporter des avantages durables, tant pour les patients que pour les médecins, en améliorant l'accès aux professionnels de la santé, en diminuant les temps d'attente et en optimisant l'efficacité.

## RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation des modules d'apprentissage du programme de soutien à la pratique a été réalisée à partir des données recueillies au cours des trois premières années du programme et publiée dans *BMC Medical Education*. En tout, 887 médecins généralistes et 405 assistants de cabinet de médecin ont donné leurs impressions sur les modules d'apprentissage. Pour le module axé sur les visites médicales en groupe, la plupart des généralistes s'entendaient pour dire que leurs patients avaient



aimé l'apprentissage entre pairs (79 %), avaient apprécié le soutien à l'autogestion (80 %) et étaient satisfaits de leurs soins (76 %). Environ 77 % des généralistes étaient d'accord pour dire que les visites en groupe leur avaient donné l'occasion de prodiguer des soins en équipe, même si 46 % d'entre eux convenaient qu'ils avaient du mal à les planifier. Approximativement 60 % des intervenants interrogés ont affirmé qu'ils songeaient à intégrer les visites en groupe à leur pratique de façon permanente.

En mai 2013, la cinquième évaluation annuelle des modules d'apprentissage du programme de soutien à la pratique a été diffusée. Trente-deux médecins généralistes ont assisté aux modules axés sur les visites médicales en groupe, au cours de leur cinquième année, et ont fourni une rétroaction. La plupart des généralistes s'entendaient pour dire que leurs patients aimaient l'apprentissage entre pairs (77 %) et les aspects du programme liés à l'autogestion (82 %). En regardant vers l'avenir, une faible majorité (58 %) de généralistes s'entendait pour dire qu'ils allaient intégrer les visites médicales en groupe à leur pratique actuelle et 52 % d'entre eux convenaient que la planification des visites en groupe était difficile pour les assistants de cabinet de médecin. Les coûts et les économies liés à cette pratique n'ont pas été évalués à ce stade-ci.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Cette pratique mise sur la réussite des premières initiatives de visites médicales en groupe au Colorado et en Californie. Les visites médicales en groupe ont été mises en place par des systèmes de soins de santé à l'échelle internationale et elles ont invariablement obtenu des taux de satisfaction élevés de la part des patients et des fournisseurs. Au Canada, les visites médicales en groupe sont également offertes en Alberta et en Saskatchewan depuis l'expérience en Colombie-Britannique.

Ce modèle de soins s'est également étendu à d'autres groupes de patients. À Smithers, en Colombie-Britannique, des visites médicales en groupe ont lieu une fois par mois pour les patients atteints de démence et leurs fournisseurs de soins. À Vancouver, des visites médicales en groupe pour les patients qui parlent le cantonais ont été mises en place afin d'aider les patients qui ont des problèmes de cholestérol à acquérir de meilleures habitudes alimentaires. La pratique est également adoptée par d'autres professionnels de la santé. À Vancouver, des psychiatres ont intégré les visites médicales en groupe à leurs consultations externes et les résultats observés ont été positifs. En terminant, un nombre grandissant d'infirmières-praticiennes ont recours aux visites médicales en groupe pour assurer des services de santé primaires aux personnes qui souffrent d'une maladie chronique.

Même si la pratique peut être appliquée dans d'autres milieux, quelques difficultés peuvent avoir des incidences sur la transférabilité des visites médicales en groupe. Comme les cabinets de médecin sont souvent exigus, il faut prévoir un espace à l'extérieur pour accueillir les visites. Cette exigence peut devenir un obstacle logistique et parfois financier qui empêche d'offrir le service. Le temps nécessaire pour organiser les visites médicales en groupe peut également dissuader certains médecins de les tenir régulièrement.

**SITE WEB DE LA PRATIQUE :** s. o.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Liza Kallstrom

Titre : Responsable, contenu et mise en œuvre, programme de soutien à la pratique

Organisme : BC Medical Association

Courriel : [lkallstrom@bcma.bc.ca](mailto:lkallstrom@bcma.bc.ca)

Téléphone : 604-638-2854

Dernière mise à jour : Juillet 2013

**Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :**

#### **Publications :**

Barber, C. et Kallstrom, L. (2011). Vancouver psychiatrists incorporate group medical visits into patient care. *BC Medical Journal*, 53(6), 299.

MacCarthy, D., Kallstrom, L., Kadlec, H. et Hollander, M. (2012). Improving primary care in British Columbia, Canada:



Evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. *BMC Medical Education*, 12, 110–122.

**Autres :**

Kadlec, H. et Hollander, M. (2013). Evaluation of the Practice Support Program.

General Practice Services Committee. (2009). *Innovative group medical visits benefit both dementia patients and their caregivers*. Extrait de : [http://www.gpscbc.ca/media/success-stories#Success\\_Story-Blouw](http://www.gpscbc.ca/media/success-stories#Success_Story-Blouw)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# A GP for Me: An Initiative to Match British Columbians with Family Doctors

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde la question du renforcement du système de soins de santé primaires et de l'amélioration des résultats sur la santé en aidant les gens qui veulent un médecin de famille à en avoir un. Le projet pilote, qui a été lancé en Colombie-Britannique dans trois collectivités, faisait appel à quelque 300 médecins de famille.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La prémisse de cette pratique novatrice est qu'un système de soins de santé primaires dynamique fondé sur une relation continue entre le médecin et le patient donne de meilleurs résultats pour la santé des clients. Cela dit, en 2013, environ 176 000 habitants de la Colombie-Britannique sont à la recherche d'un médecin de famille. L'initiative *A GP for Me* vise à permettre à tous les habitants de la Colombie-Britannique d'avoir accès à un médecin de famille et à mieux soutenir et récompenser les médecins de famille qui s'engagent à offrir des soins de santé à long terme à leurs patients.

Lancé en juin 2010, un projet pilote échelonné sur trois ans, *A GP for Me*, mettait à contribution trois divisions de médecine familiale à White Rock-South Surrey, à Prince George et à Cowichan Valley. Le programme *A GP for Me* permet aux réseaux professionnels communautaires de médecins de famille, aux régies de la santé et aux partenaires communautaires de travailler ensemble afin de concevoir des plans pour améliorer les capacités locales en soins primaires, y compris des mécanismes pour trouver des médecins pour les patients qui en cherchent un.

L'initiative *A GP for Me* ne sera pas une solution instantanée pour toutes les personnes qui sont à la recherche d'un médecin maintenant. Néanmoins, au fil du temps, elle devrait améliorer le système de soins primaires en établissant une relation continue entre le patient et le médecin. Une fois que ce lien est tissé, il est possible de proposer des moyens plus efficaces pour s'occuper des patients, comme des consultations téléphoniques sur des questions courantes. Les consultations téléphoniques permettent aux médecins de gagner du temps et de prendre de nouveaux patients en charge. Le programme *A GP for Me* prévoit également des mesures pour encourager les médecins à prendre des patients qui ont des problèmes de santé complexes, comme le cancer, des incapacités graves ou des troubles de santé mentale.

Le programme est financé par le General Practice Services Committee (GPSC), une collaboration entre l'association médicale et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

## RÉPERCUSSIONS :

Les résultats du projet pilote ont été recueillis et publiés sur le site Web de l'initiative. Les efforts de collaboration locaux déployés aux trois emplacements se sont traduits par la création de nouvelles cliniques de soins primaires, par le recrutement d'un plus grand nombre de médecins, par l'élargissement des capacités en médecine familiale et par la multiplication des équipes interprofessionnelles. Par conséquent, depuis 2010, plus de 9 400 patients ont trouvé un médecin de famille. À White Rock, l'initiative a permis de jumeler 4 500 personnes avec des médecins de famille et d'éliminer ainsi le temps d'attente pour un médecin de famille. La Cowichan Valley Division of Family Practice a trouvé des fournisseurs de soins primaires pour 1 100 patients. À Prince George, 3 800 patients ont été jumelés à des médecins de famille et une nouvelle clinique a ouvert ses portes en juillet 2012 afin d'offrir des soins réguliers aux patients sans médecin de famille.

L'expansion du programme *A GP for Me* à l'échelle de la province est soutenue par un financement de 132,4 millions de dollars. Le financement est offert à deux niveaux :

- une somme de 40 millions de dollars répartie sur trois ans afin de permettre aux divisions de médecine familiale d'améliorer les capacités en soins primaires à l'échelle locale et d'évaluer le nombre de personnes qui sont à la recherche d'un médecin;





- un montant de 60,5 millions de dollars échelonné sur deux ans pour améliorer l'efficacité des pratiques individuelles, y compris les frais pour les consultations téléphoniques et pour la prise en charge de nouveaux patients, en établissant des frais différents pour les cas complexes par opposition aux cas moyens.
- Le reste du financement, soit 31,9 millions de dollars, est affecté au soutien des soins existants prodigués par les médecins de famille dans les hôpitaux.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Forte du succès remporté par le projet pilote, l'initiative *A GP for Me* est devenue un programme d'envergure provinciale en avril 2013.

L'initiative *A GP for Me* s'inscrit dans la série de programmes du General Practice Services Committee —y compris le programme de soutien à la pratique— qui vise à améliorer les soins prodigués aux patients ainsi que la prestation des soins par les médecins. Grâce au succès du programme pilote, l'initiative *A GP for Me* est mise sur pied dans des divisions de médecine familiale aux quatre coins de la Colombie-Britannique. Jusqu'à présent, 20 divisions réalisent les différentes étapes des demandes de financement pour participer à l'initiative *A GP for Me*. Un certain nombre d'entre elles ont amorcé un processus d'évaluation et de planification rigoureux en guise de première étape pour définir l'étendue du problème dans leurs régions. Un plan de mise en place sera ensuite présenté afin de permettre aux divisions participantes de faire l'essai des approches novatrices dans le but de trouver des fournisseurs de soins primaires pour les personnes qui éprouvent généralement des difficultés à créer des attaches.

Il est trop tôt pour évaluer les résultats de ce programme dans d'autres domaines, mais les effets positifs obtenus dans les trois premiers sites pilotes pourraient être reproduits un peu partout dans la province. Le site Web du GPSC propose un éventail de soutiens et de ressources pour les patients et les médecins qui aimeraient en savoir plus sur le programme, notamment la facturation des tutoriels et une FAQ.

#### **SITE WEB DE LA PRATIQUE :**

<http://www.agpforme.ca/>

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Jonathan Agnew

Titre : Directeur exécutif, Soutien et qualité de la pratique

Organisme : BCMA

Courriel : [jagnew@bcma.bc.ca](mailto:jagnew@bcma.bc.ca)

Téléphone : 604-638-2833

#### **Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :**

##### ***Communications personnelles :***

Bales, D. (rétroaction et examen, 23 août 2013). [A GP for Me].

##### ***Publication :***

Cavers, B. (2013). How "A GP for Me" will help improve BC's primary care system. *BC Medical Journal*, 55(3), 160.

##### ***Autre :***

General Practice Services Committee. (2013). *A GP for Me/Attachment initiative*. Extrait de :





<http://www.gpsc.bc.ca/attachment-initiative>

External Source: <http://www.agpforme.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Modèle incitatif de désencombrement des services des urgences : Récompenser les temps de passage cibles qui améliorent l'accès et réduisent l'attente dans le service des urgences

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**VIDÉO** : Cette pratique novatrice apparaît dans la série vidéo du Conseil canadien de la santé, « Innovations pour réduire les temps d'attente » : [www.healthcouncilcanada.ca/waittimes](http://www.healthcouncilcanada.ca/waittimes)

**APERÇU** : Cette pratique novatrice emploie à résoudre la question de l'amélioration de l'accès et du roulement des patients dans les services des urgences en offrant des incitatifs financiers aux hôpitaux lorsqu'ils atteignent des cibles de performance prédéterminées concernant la durée du séjour aux urgences. Ce modèle de rémunération au rendement a été expérimenté en 2007 en Colombie-Britannique dans quatre hôpitaux de soins actifs de la Régie de la santé de la côte de Vancouver et il a été étendu à toute la province en 2010.

## DESCRIPTION :

L'accès en temps opportun à des soins d'urgence est un problème auquel se trouvent confrontés de nombreux gouvernements au Canada et dans le monde. Afin d'agir sur l'encombrement des urgences, d'accroître l'accès aux soins d'urgence et d'améliorer la transition du patient soit vers un lit d'hôpital soit vers sa collectivité, la Régie de la santé de la côte de Vancouver a mis au point et expérimenté, par le biais d'un projet pilote, une initiative de rémunération au rendement où l'on offrait des incitatifs financiers aux hôpitaux qui atteignaient des cibles prédéterminées concernant le temps de passage et les résultats des patients.

Ce projet pilote a été mis en œuvre au début de septembre 2007 dans quatre services des urgences de la Régie de la santé, soit à l'Hôpital général de Vancouver, l'hôpital St. Paul's, l'hôpital Richmond et l'hôpital Lion's Gate. Les chiffres de référence pour le temps de passage aux urgences ont été calculés séparément pour chacun des quatre hôpitaux sur la base des résultats de l'année précédente. Ce programme était conçu de sorte que les hôpitaux recevaient une prime de 100 à 600 \$ par patient traité ou admis au-dessus des bases de référence initiales et dans les temps de passage ciblés. Les cibles et les rémunérations subséquentes à la performance des urgences étaient :

- 1) Pour les patients dont le cas est moins grave et qui reçoivent leur congé des urgences dans les deux heures, le service obtient une rémunération de 100 \$;
- 2) Pour les patients dont le cas est plus grave et qui reçoivent leur congé des urgences dans les quatre heures ou moins, la rémunération est de 100 \$;
- 3) Pour un patient du service des urgences qui doit être admis à l'hôpital et qui obtient un lit dans les dix heures à partir de l'heure de son arrivée, la rémunération est de 600 \$.

Le projet pilote ayant réussi à réduire le temps de passage des patients, ce modèle a été étendu à quatre services des urgences de la Régie de la santé du Fraser dans le cadre d'un deuxième projet pilote lancé en janvier 2009.

Le système de financement antérieur limitait la capacité du système de santé de récompenser l'amélioration de la performance et d'utiliser les incitatifs financiers pour amener des changements. Le modèle d'incitatifs liés aux temps de passage ciblés est novateur en ce qu'il s'écarte du recours au financement global et passe à un modèle de remboursement où des rémunérations partielles ou totales sont offertes lorsque sont atteints des cibles précises de rendement ou des résultats concrets chez les patients.



## RÉPERCUSSIONS :

Ce projet pilote de rémunération au rendement a été évalué en bonne et due forme, et ses résultats ont été publiés dans des communications et des communiqués de presse.

Au cours du premier projet pilote, chacun des services des urgences a fait rapport d'une amélioration cumulative du nombre de patients (de toutes catégories) vus dans les limites des temps de passage ciblés, malgré une hausse globale du volume et de l'acuité. L'évaluation de la Régie de la santé de la côte de Vancouver a été effectuée sur 15 mois, de septembre 2007 à novembre 2008. Pour la première moitié de 2008, en comparaison avec la première moitié de 2007, la Régie de la santé a observé que :

- 22 pour cent de plus de patients présentant des problèmes médicaux de moindre importance ont été traités et ont reçu leur congé des urgences dans les limites de la cible de deux heures.
- 13 pour cent de plus de patients présentant des problèmes médicaux plus graves ont été soignés dans les limites de la cible de quatre heures.
- 62 pour cent de plus de patients qui avaient besoin d'être admis ont obtenu un lit d'hôpital dans les limites de la cible de 10 heures.

Globalement, 30 000 patients de plus ont été vus dans les temps ciblés pour un congé ou une admission. Il est important de noter qu'aucune conséquence indésirable accidentelle n'a été signalée à la suite de cette initiative. Au cours de sa première année, le projet pilote de la Régie de la santé de la côte de Vancouver lui a rapporté 14 millions de dollars qui ont été réinvestis dans des projets des hôpitaux pour améliorer les objectifs des temps de passage.

Une deuxième évaluation a examiné les répercussions du programme de rémunération au rendement à la suite de son élargissement aux quatre services des urgences de la Régie de la santé du Fraser. Entre avril 2009 et janvier 2010 (en comparaison de la période d'avril 2008 à janvier 2009), grâce à la rémunération au rendement, les quatre services des urgences de la Régie de la santé du Fraser ont observé que :

- 107 pour cent de plus de patients présentant des problèmes médicaux de moindre importance ont été traités et ont reçu leur congé des urgences dans les limites de la cible de deux heures.
- 55 pour cent de plus de patients présentant des problèmes médicaux plus graves ont été soignés dans les limites de la cible de quatre heures.
  - 62 pour cent de plus de patients qui avaient besoin d'être admis ont obtenu un lit d'hôpital dans les limites de la cible de 10 heures.

Le projet pilote de la rémunération au rendement a été lancé dans le cadre du Fonds d'innovation-Santé 2007-2008. En 2008, un financement supplémentaire avait été accordé par le *Lower Mainland Innovation and Integration Fund (LMIIIF)*, qui mettait des ressources d'une valeur de 20 millions de dollars à la disposition des régies régionales pour soutenir le programme de la Régie de la santé de la côte de Vancouver et son extension à la Régie de la santé du Fraser.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme de rémunération au rendement faisait partie d'une plus vaste initiative de la Colombie-Britannique, qui allouait 75 millions de dollars à des projets pilotes concernant le financement axé sur les patients dans le but d'améliorer l'accès des patients, d'accroître l'efficacité et de favoriser une meilleure utilisation des ressources. Devant le succès du projet pilote de rémunération au rendement ainsi que celui d'autres projets financés par le financement axé sur les patients, le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique a annoncé un investissement supplémentaire de 250 millions de dollars pour mettre en place le financement axé sur les patients dans l'ensemble de la province – 80 millions en 2010-11 et 170 millions en 2011-12 — prévoyant d'étendre le financement axé sur les patients à 23 hôpitaux.

Dans le monde, plus de 16 autres pays ont appliqué le financement axé sur les patients, notamment le Royaume-Uni, l'Australie et la Norvège. Ainsi, un système de rémunération fondé sur les résultats a été mis en place au Royaume-Uni en 2003-2004. Grâce à ce système, on a obtenu une réduction des temps d'attente dans certains secteurs, par exemple pour les chirurgies ambulatoires.

Ce modèle d'incitatifs pour les temps de passage ciblés n'a pas été adopté ailleurs au Canada, mais, en théorie, il est applicable et transférable à d'autres milieux. Pour réussir sa mise en œuvre, il est important de tenir compte des aspects suivants :



- Le soutien de la direction est essentiel.
- Le personnel de base est à la racine du succès, qui s'obtient en intensifiant la sensibilisation, l'engagement et la participation des intervenants du service des urgences.
- Il faut surveiller et documenter la continuité des progrès — l'analyse et l'évaluation des systèmes complexes se doivent d'être rigoureuses et systématiques.
- La communication est un élément central de l'initiative, tant auprès du personnel des urgences que dans le reste de l'hôpital. La Régie de la santé de la côte de Vancouver a jugé utile de faire la promotion du programme par le canal de ses bulletins internes et de l'intranet, ainsi qu'à l'aide d'affiches qui indiquaient les progrès dans les hôpitaux.
- Il faut mettre l'accent sur la mobilisation du personnel hors du service des urgences et réinvestir dans le capital de l'hôpital (particulièrement au profit des patients admis).

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Les Vertesi

Titre : Directeur général

Organisation : Health Services Purchasing Organization (HSPO)

Courriel : [les.vertesi@gov.bc.ca](mailto:les.vertesi@gov.bc.ca)

Téléphone : s. o.

Dernière mise à jour : 29 août 2013

#### **Contenu ADAPTÉ À PARTIR DES DOCUMENTS WEB ET DES SOURCES CI-DESSOUS :**

##### ***Communications personnelles :***

Vertesi, L. (commentaire et révision, août 2013). [Health Services Purchasing Organization]

##### ***Autres :***

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, Régies de la santé du Fraser et de la côte de Vancouver (2 mars 2009). Document d'information : VCH Emergency Department Decongestion Project. Extrait de <http://www.fraserhealth.ca/media/VCHERDecongestion.pdf>

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, Régies de la santé du Fraser et de la côte de Vancouver (2 mars 2009). Communiqué : Innovation Reduces ER Congestion in Lower Mainland. Extrait de [http://www2.news.gov.bc.ca/news\\_releases\\_2005-2009/2009HSERV0019-000256.htm](http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2009HSERV0019-000256.htm)

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, Régies de la santé du Fraser et de la côte de Vancouver (12 avril 2010). Communiqué : B.C. Launches Patient-Focused Funding Provincewide. Extrait de [http://www2.news.gov.bc.ca/news\\_releases\\_2009-2013/2010HSERV0020-000403.htm](http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2009-2013/2010HSERV0020-000403.htm)

Coleman, J. (juin 2008). Emergency Department Decongestion Pay for Performance Pilot [Communication]. Extrait de [http://www.vch.ca/media/2008\\_06\\_emerg\\_pay\[2\].pdf](http://www.vch.ca/media/2008_06_emerg_pay[2].pdf)

Régie de la santé de la côte de Vancouver (20 février 2008). Emergency Department Decongestion Pay for Performance Pilot [Communication]. Extrait de [http://www.vch.ca/media/2008\\_02\\_ED\\_Decongestion\[2\].pdf](http://www.vch.ca/media/2008_02_ED_Decongestion[2].pdf)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

## CareOregon's The Productive Ward (Releasing Time to Care) ou le service productif de CareOregon (libérer du temps pour soigner)

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à améliorer l'acheminement du travail au personnel infirmier afin de consacrer plus de temps aux soins directs aux patients. Initialement conçue au Royaume-Uni, la pratique a été lancée dans quatre hôpitaux de l'Oregon aux États-Unis et mettait à contribution un chef de direction, soins infirmiers, une infirmière gestionnaire d'une unité de démonstration, un animateur de programme ainsi qu'une ou deux infirmières de chevet qui provenaient d'une unité de démonstration.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Tous les membres du personnel infirmier œuvrent dans le but de prodiguer d'excellents soins aux patients. Cependant, ils sont souvent confrontés à de nombreux obstacles qui les empêchent de consacrer tout leur temps à leur mission. Plusieurs hôpitaux de l'Oregon, aux États-Unis, ont été surpris d'apprendre que les infirmières consacrent, en moyenne, seulement de 27 % à 54 % de leur temps aux soins directs aux patients. De plus, elles sont interrompues de 70 à 330 fois par quart de travail. Par conséquent, en mai 2010, CareOregon, un régime de santé qui compte 9 500 membres dans les 14 comtés de l'Oregon, a lancé une nouvelle initiative en mode ouvert appelée Releasing Time to Care (RT2C).

RT2C est une méthodologie structurée et novatrice pour les modules d'apprentissage qui vise à aider le personnel infirmier de première ligne en milieu hospitalier à restructurer et à simplifier l'acheminement de leur travail. Elle comporte quatre objectifs de base : 1) améliorer la sécurité des patients et la fiabilité des soins, 2) améliorer l'expérience du patient, 3) améliorer le bien-être du personnel et 4) améliorer l'efficacité des soins. L'initiative permet d'économiser du temps et de l'argent qui peuvent être investis directement dans les soins aux malades afin d'améliorer l'acheminement du travail et les résultats pour les patients.

Le programme fait appel à des outils visuels pour assurer un suivi des chutes des patients, des plaies de pression, des infections d'origine hospitalière, des blessures du personnel ou de toutes mesures de la qualité choisies par l'équipe de l'unité. Le programme est orienté sur l'unité de soins afin d'en préserver la culture unique tout en normalisant les processus du personnel infirmier.

Le collectif RT2C présente régulièrement des discussions et des séances de formation afin de montrer aux professionnels de la santé comment mettre l'initiative sur pied et l'adapter aux besoins de leur service. CareOregon propose un programme qui prévoit une formation en classe de deux jours suivie d'une visite des sites de démonstration d'une journée, d'un soutien sur le Web pendant quatre mois tout au long de la mise en place de la formation et d'un cours de formation des formateurs pour le personnel hospitalier qui est chargé d'étendre le programme aux autres services de l'hôpital.

### RÉPERCUSSIONS :

Le collectif RT2C communique les progrès en temps réel sous forme de tableaux installés dans toutes les ailes participantes qui montrent le rendement des efforts investis. Ces tableaux, qui indiquent l'évolution de plusieurs résultats mesurables, sont vérifiés plusieurs fois par semaine dans le cadre de réunions afin d'évaluer les progrès en temps réel et de redéfinir les objectifs et les plans d'action qui se prêtent le mieux au service. Ces tableaux favorisent également la transparence des données pour les patients et les fournisseurs de soins, qui sont encouragés à transmettre leurs impressions sur leur expérience par écrit sur le mur. Les résultats de cette initiative d'amélioration du rendement sont présentés dans des vidéos, des médias écrits et des témoignages sur le site Web de CareOregon ainsi que dans un article publié dans le journal *The Oregonian*. La pratique et son évaluation ont également été présentées à l'occasion du forum sur la qualité en Colombie-Britannique.



Dans le service pilote SG, la réorganisation du service et le réaménagement de l'espace de travail de manière à le rendre plus convivial pour les malades ont diminué le taux de chutes des patients de 53 % de 2009 à 2010. La réorganisation et les communications améliorées ont également permis de libérer 36 heures de soins infirmiers qui ont été réaffectées dans les soins directs aux patients. Par conséquent, les malades ont été plus nombreux à faire des déclarations sur leur expérience et la satisfaction des patients à l'égard de l'initiative a atteint 98 % en 2010. Selon les vérifications de l'efficacité de l'hôpital, les changements planifiés, comme la réorganisation des approvisionnements, la préparation des chambres vacantes pour les prochains patients et le remplacement des chemises d'hôpital au service des urgences par des modèles à bouton pression, le service SG prévoit libérer et réaffecter 250 heures supplémentaires de soins infirmiers au cours de l'année à venir.

Enfin, il y a plusieurs vidéos et articles publiés sur le site Web de CareOregon qui présentent des témoignages positifs d'infirmières, de patients et d'autres professionnels de la santé qui décrivent l'amélioration qu'ils ont observée depuis la mise sur pied du projet RT2C dans leur service.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'initiative RT2C a été conçue par le NHS Institute for Improvement and Innovation au Royaume-Unis en 2008. Elle a ensuite été adoptée par CareOregon, qui agit comme un centre de diffusion des pratiques RT2C et de formation pour les autres établissements aux États-Unis. Depuis ce temps, la pratique a été mise en place dans plus de 17 hôpitaux dans 13 pays, y compris au Canada, où des hôpitaux dans le territoire de la Vancouver Coastal Health Authority et un peu partout dans la province de la Saskatchewan la mettent actuellement sur pied. Ces hôpitaux constatent déjà des améliorations sur les plans de la satisfaction du personnel et des patients et de la diminution des chutes ainsi que d'autres résultats positifs. Les infirmières des hôpitaux de l'Oregon se réunissent à tous les trois mois dans le cadre du collectif RT2C afin d'apprendre les unes des autres et d'échanger des pratiques exemplaires.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Barbara Kohnen Adriance  
Titre : Gestionnaire, Gouvernance et élaboration de plans d'affaires  
Organisme : CareOregon  
Courriel : [kohnenb@careoregon.org](mailto:kohnenb@careoregon.org)  
Téléphone : 503-416-3675  
Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

CareOregon. (2010). *Releasing Time to Care*. Extrait de :

<http://www.careoregon.org/TransformingHealthcare/ReleasingTimetoCare.aspx>

Budnick, N. (17 octobre 2011). Oregon nurses use British technique to cut waste, improve care. *OregonLive*. Extrait de :

[http://www.oregonlive.com/politics/index.ssf/2011/10/oregon\\_nurses\\_use\\_british\\_tech.html](http://www.oregonlive.com/politics/index.ssf/2011/10/oregon_nurses_use_british_tech.html)

Kohnen Adriance, B. (février 2013). *Connecting nurses to their mission through Releasing Time to Care* [diapositives de présentation]. Extrait de : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/g8-barbara-kohnen-adriance-16957882>

CareOregon. (2010). *Global partnerships*. Extrait de :

<http://www.careoregon.org/TransformingHealthcare/GlobalPartnerships.aspx>

NHS Institute for Innovation and Improvement. (sans date). *Releasing Time to Care: The productive ward*. Extrait de :

[http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_value/productivity\\_series/productive\\_ward.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/productive_ward.html)

Care Oregon. (2010). *Getting started*. Extrait de :

<http://www.careoregon.org/TransformingHealthcare/ReleasingTimetoCare/gettingstarted.aspx>

**External Source:** <http://www.careoregon.org/TransformingHealthcare/ReleasingTimetoCare.aspx>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Programme de stages communautaires intégrés pour l'évaluation clinique des étudiants de premier cycle en médecine à l'Université de la Colombie-Britannique

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à combler la pénurie de médecins dans les collectivités rurales et éloignées. La pratique, qui a été lancée en septembre 2004 à l'hôpital général de Chilliwack, en Colombie-Britannique, met à contribution six médecins de famille à titre de précepteurs primaires ainsi qu'un groupe de dirigeants du corps enseignant afin d'exécuter la planification du programme.

**DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :** En 2004, l'Université de la Colombie-Britannique a mis à l'essai le premier programme de stages communautaires intégrés au Canada afin de combler la pénurie chronique de médecins de famille dans les régions rurales et éloignées de la province. Six étudiants ont pris part au projet pilote et ont choisi la médecine familiale comme cheminement de carrière. Aujourd'hui, cinq autres emplacements en Colombie-Britannique proposent des stages communautaires intégrés et 20 stagiaires sont placés chaque année. On projette d'en placer 24 par année d'ici 2015.

Les stages communautaires intégrés constituent une approche non traditionnelle de la formation clinique dans laquelle les étudiants passent une année dans une collectivité avec des membres du corps professoral et sont en contact permanent avec un groupe de patients. Cette expérience diffère de la formation clinique traditionnelle qui prend généralement la forme de rotations à toutes les six à huit semaines entre plusieurs spécialités et qui se déroule souvent dans plusieurs hôpitaux universitaires tertiaires en milieu urbain.

La continuité du programme de stages communautaires intégrés permet aux étudiants de suivre les cas de patients du début à la fin, pendant une période suffisamment longue pour voir les résultats de leurs décisions liées au traitement et pour acquérir des compétences en gestion du suivi et du traitement. Les précepteurs primaires en médecine familiale supervisent le perfectionnement des compétences des étudiants en médecine dans toutes les disciplines, tandis que la formation clinique concurrente avec un petit groupe d'enseignants spécialistes s'ajoute à l'expérience d'apprentissage globale des étudiants. Les étudiants quittent le programme en comprenant le fonctionnement des systèmes de soins de santé dans les petites localités.

## RÉPERCUSSIONS :

Une comparaison entre les rapports d'évaluation en cours de formation du programme de stages communautaires intégrés et des stages cliniques traditionnels de l'Université de la Colombie-Britannique et les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) a révélé que les étudiants qui avaient fait des stages communautaires intégrés obtenaient des classements plus élevés et plus fiables dans les rapports d'évaluation en cours de formation. Les résultats des ECOS ont toutefois montré des corrélations plus faibles entre les évaluations objectives et subjectives des compétences cliniques. De plus, les diplômés qui avaient fait des stages communautaires intégrés et les diplômés qui avaient suivi une formation traditionnelle ont obtenu des résultats équivalents du point de vue statistique à l'ECOS interne réalisé en 2012 après la quatrième année par l'Université de la Colombie-Britannique.

Les évaluations par les étudiants de leur expérience dans le cadre du programme de stages communautaires intégrés ont été positives et ont contribué à éclairer les modifications apportées au programme pilote de 2004. En outre, les diplômés qui ont fait des stages communautaires intégrés semblent faire des choix de carrière qui concordent avec les objectifs du programme. La moitié des 54 diplômés de 2004 à 2012 du programme de stages communautaires intégrés ont été jumelés à une résidence en médecine familiale et en médecine familiale rurale. Le programme de stages communautaires intégrés n'a pas été évalué par rapport aux résultats pour les patients, même si le groupe chargé des stages communautaires intégrés de l'Université de la





Colombie-Britannique a manifesté un intérêt pour la recherche sur cet aspect.

Il est difficile de comparer les coûts entre les stages communautaires intégrés et les stages cliniques rotatifs traditionnels pour plusieurs raisons. Comme les programmes de stages communautaires intégrés ont été mis sur pied dans des administrations où les études n'avaient pas été faites auparavant, l'Université de la Colombie-Britannique a dû investir dans des infrastructures éducatives, comme la technologie pour les vidéoconférences. Au demeurant, les économies d'échelle ne s'appliquent pas aux stages communautaires intégrés, ce qui rend le fonctionnement des établissements de plus petite taille plus onéreux. Par contraste, les programmes rotatifs traditionnels bénéficient d'un partage des coûts liés aux établissements, à l'enseignement et à l'administration.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Des stages communautaires intégrés ont été mis sur pied avec succès et ont donné des résultats positifs dans une quinzaine d'écoles aux États-Unis, en Australie et en Afrique du Sud. Le modèle utilisé par l'Université de la Colombie-Britannique, qui a été conçu en collaboration avec le D<sup>r</sup> Paul Worley, doyen de la faculté de médecine à l'Université Flinders de l'Australie du Sud à Adelaide, s'inspire fortement de programmes similaires qui ont été adoptés et validés dans les régions rurales de l'Australie. La réussite du projet pilote de Chilliwack a été suivie par la création d'une initiative similaire à Terrace en 2008, à Fort St. John en 2009, à Duncan en 2010, puis à Trail et à Vernon en 2011. L'efficacité de la formation médicale clinique non traditionnelle a été évaluée dans le cadre d'études de cohortes aux États-Unis et en Australie et a fait l'objet de comptes rendus dans des revues à comité de lecture, notamment dans *Academic Medicine* et dans le *British Medical Journal*. Les résultats indiquent que les diplômés réussissent aussi bien ou mieux que leurs homologues qui ont reçu une formation traditionnelle, d'après les mesures de la connaissance du contenu, et qu'ils se sentent mieux préparés pour aborder les aspects des soins qui sont centrés sur le patient, y compris la gestion des dilemmes éthiques, la participation des patients à la prise de décisions et les rapports avec une population diversifiée.

L'Université de l'Alberta a mis sur pied une option de stages communautaires intégrés en milieu rural en 2007 et l'Université de Calgary a fait de même en 2008. La faculté de médecine la plus nouvelle au Canada, l'École de médecine du Nord de l'Ontario, a mis en place son propre programme en 2007 et elle est la première école de médecine au monde à exiger que les étudiants s'inscrivent à une formation clinique longitudinale. L'Université de Dalhousie, l'Université McGill et l'Université Queen's l'ont suivi par la suite. Depuis 2004, plus de 100 établissements d'enseignement dans le monde se sont joints à un consortium international afin de discuter de l'option et de l'explorer.

Même si les stages communautaires intégrés de l'Université de la Colombie-Britannique ciblent les collectivités rurales et éloignées, une recherche s'attarde aux difficultés liées au démarrage d'un stage intégré longitudinal dans une collectivité bourdonnante d'activités de la banlieue et tente de déterminer dans quelle mesure le programme serait différent d'un programme destiné à une collectivité rurale. Les résultats préliminaires indiquent que les principes des stages intégrés longitudinaux peuvent s'appliquer n'importe où, mais qu'ils doivent être éclairés par une analyse pragmatique pour ce qui est du contexte et des ressources locales.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Mark MacKenzie  
Titre : Directeur du programme de stages communautaires intégrés  
Organisme : Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique  
Courriel : [lcc.admin@ubc.ca](mailto:lcc.admin@ubc.ca)  
Téléphone : 604-875-4111, poste 62380  
Dernière mise à jour : Juin 2013

#### **Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :**

##### **Publications :**

Fleming, B. et MacKenzie, M. (2013). Integrated community clerkship: Medical education at UBC and the challenge of underserved communities. *BC Medical Journal*, vol. 55, n<sup>o</sup> 4, 192–195.

Norris, T.E., Schaad, D.C., DeWitt, D., Ogur, B. et Hunt, D. (2009). Longitudinal integrated clerkships for medical students: An innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Academic Medicine*, vol. 84, n<sup>o</sup> 7, 902–907.

Strasser, R. et Hirsh, D. (2011). Longitudinal integrated clerkships: Transforming medical education worldwide? *Medical Education*, vol. 45, n<sup>o</sup> 5, 436–437.

##### **Communications personnelles :**





MacKenzie, M. (examen et rétroaction, 18 juin 2013). [Directeur du programme de stages communautaires intégrés de l'Université de la Colombie-Britannique].

**External Source:** <http://mdprogram.med.ubc.ca/program-information/integrated-community-clerkships/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# High Acuity Response Team (HART) ou équipe d'intervention de haut niveau

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique novatrice permet de fournir des soins intensifs mobiles aux hôpitaux ruraux qui n'ont pas de services de soins de phase aiguë afin de stabiliser et de maintenir les soins aux patients et, si nécessaire, de transporter les patients à un niveau de soins supérieur. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans la région sanitaire Trail, mettait à contribution six infirmières en soins de phase aiguë, une équipe d'ambulance de réanimation de base ainsi qu'un inhalothérapeute à l'occasion.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Interior Health est responsable de la prestation de services de soins de santé complets à une population de 750 000 habitants dans le sud de la Colombie-Britannique. Le British Columbia Ambulance Service (BCAS) offre des services de maintien des fonctions vitales de base à cette région éloignée par ambulance terrestre et à l'aide d'un système de transport aérien provincial. Néanmoins, compte tenu des longues distances à parcourir, des chaînes de montagnes, du temps violent et des ressources cliniques limitées dans les hôpitaux ruraux, les fournisseurs de soins de santé des habitants doivent souvent accompagner les personnes gravement malades vers un niveau de soins supérieur, laissant ainsi leurs patients sans professionnels de la santé pendant des heures.

Pour faire en sorte que les patients qui ont besoin de soins plus aigus reçoivent les meilleurs soins possibles dans un contexte rural, Interior Health a formé une équipe d'intervention de haut niveau (HART) en milieu hospitalier qui peut être facilement déployée. Interior Health soutient l'équipe HART en partenariat avec le BCAS afin que les équipes de ce genre puissent venir en aide aux patients gravement malades dans des établissements de santé ruraux et éloignés, soit en les stabilisant afin d'éviter leur transfert, soit en les transportant vers un niveau de soins supérieur.

Trois centres d'aiguillage régionaux répartis dans l'ensemble du territoire d'Interior Health peuvent compter sur les services d'un membre de l'équipe HART 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les membres de l'équipe HART sont généralement des infirmières autorisées qui ont une formation spécialisée et un matériel qui leur permettent d'assurer des services de transport par des experts entre les installations à partir d'établissements ruraux ou éloignés. Les membres de l'équipe HART doivent s'intégrer à leurs hôpitaux de base où ils font de la sensibilisation sur les soins en phase aiguë et où ils offrent d'autres services de soutien clinique lorsqu'ils ne sont pas affectés au transport. Des inhalothérapeutes spécialisés sont disponibles sur appel pour le programme HART et consacrent habituellement 38 % de leur temps à des cas aigus qui nécessitent une surveillance et une intervention avancées.

Comme ils sont un élément central du service HART, les cliniciens doivent consigner toutes les interventions à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux dans un registre de données électronique. Ces données comprennent une vérification de l'assurance de la qualité entreprise par le personnel, dans laquelle les cliniciens ont la possibilité de déterminer les aspects qui ont bien marché et les points qui doivent être améliorés, ce qui permet au personnel de jouer un rôle actif dans l'élaboration du programme. Les utilisateurs finaux du service HART ont également l'occasion de donner leurs impressions sur l'initiative. Tous les documents sont ensuite étudiés par le chef d'équipe clinique et le directeur médical local sur les plans de la qualité des soins, de la documentation, de l'analyse comparative des opérations et des questions de communication. Le chef d'équipe clinique et le directeur médical local transmettent ensuite leurs commentaires aux cliniciens du service HART et peuvent également se servir de leurs constatations pour cerner des possibilités d'améliorer le perfectionnement professionnel et l'efficacité des opérations.

## RÉPERCUSSIONS :

Dans plus de 1 000 transferts réalisés à ce jour, le service HART atteint le niveau de référence en matière de rendement pour la prestation auprès des patients 88 % du temps. Dans les hôpitaux de base, l'équipe HART a répondu en tout à 1 027 demandes d'interventions rapides fondées sur l'outil de dépistage des signes d'avertissement précoces. En procédant à une analyse



plus approfondie des pointages obtenus à l'aide des avertissements précoces, les responsables du programme espèrent pouvoir déterminer si le service HART améliore la stabilité physiologique des patients qui leur sont confiés.

Interior Health consacre environ 800 000 \$ chaque année par équipe hospitalière de base pour assurer ce service.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Après la région Trail, le programme a été lancé à Cranbrook, à Kamloops et à Penticton. Les cas de réussite étaient également courants dans les autres emplacements, comme les deux victimes d'incendie à Lytton qui ont été sauvées par l'équipe d'intervention du service HART. Les équipes HART dans l'ensemble du territoire d'Interior Health ont procédé à plus de 211 transports au cours de la première année de mise en place et ont affirmé être bien accueillies par le milieu médical.

Les grandes priorités pour le programme consistent notamment (1) à explorer les possibilités d'optimiser la communication et la coordination entre l'établissement qui envoie le patient, le BCAS et l'équipe HART afin d'améliorer les délais d'intervention et les résultats pour les patients; (2) à étendre le service dans les zones proposées qui pourraient être desservies par le service HART, comme à Vernon; (3) à élargir la portée de la pratique de manière à inclure les patients pédiatriques; (4) à officialiser les services de sensibilisation aux interventions rapides en milieu hospitalier dans toutes les bases du service HART; et (5) à développer davantage la pollinisation croisée des ensembles de compétences des infirmières autorisées.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Brent Hobbs  
Titre : Directeur régional, Services de transport des patients  
Organisme : Interior Health  
Courriel : [Brent.Hobbs2@interiorhealth.ca](mailto:Brent.Hobbs2@interiorhealth.ca)  
Téléphone : 250-870-5758  
Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Rossi, V. (1<sup>er</sup> février 2012). Critical care specialists sharpen skills. *BC Local News*. Extrait de : <http://www.bclocalnews.com/news/138502399.html?mobile=true>

BC Patient Safety & Quality Council. (1<sup>er</sup> mars 2013). *Mobile intensive care: Team approach to continuous quality improvement* [notes de présentation]. Extrait de : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/g3-brent-hobbs>

Brayman, C., Hobbs, B., Hill, W., Watson, D-L., Kaus, R., Lamont, S., ... Takeuchi, L. (2012). ICU without walls—Interprofessional high acuity response teams (HARTs) improve access to higher level of care in rural and remote communities. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, vol. 48, n° 4, 14–19. [http://www.csrt.com/en/publications/files/CJRT/Winter\\_2012/Article2.asp](http://www.csrt.com/en/publications/files/CJRT/Winter_2012/Article2.asp)

Interior Health. (14 mars 2012). New specialized team to serve South Okanagan [communiqué de presse]. Extrait de : <http://www.interiorhealth.ca/AboutUs/MediaCentre/NewsReleases/Documents/New%20High%20Acuity%20Response%20Team%20for%20South%20Okanagan.pdf>

Interior Health Careers: Registered Nurses/Registered Psychiatric Nurses.  
<http://www.interiorhealth.ca/sites/careers/OurCareers/Nurses/Pages/RegisteredNurses.aspx>

Blais, S. (14 mars 2012). Interior Health launches local HART. *Penticton Western News*. Extrait de : <http://www.pentictonwesternnews.com/news/142707535.html>

Petruk, T. (18 janvier 2012). A HART that saves lives. *KamloopsThisWeek.com*. Extrait de : <http://www.kamloopsthisweek.com/community/137598273.html>

External Source: [N/a](#)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# L'Hôpital de jour gériatrique : Pour améliorer les résultats sur la santé des aînés qui vivent dans la collectivité

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à améliorer les résultats sur la santé des patients du troisième âge qui vivent dans la collectivité grâce à une approche interprofessionnelle centrée sur le patient dans un hôpital de jour gériatrique spécialisé. Ce programme a été lancé en Ontario il y a environ 25 ans dans le cadre d'un programme de santé pour les personnes âgées dans un grand hôpital.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario a le défi de répondre aux besoins d'une population qui vieillit rapidement dans la région du Centre de la province, y compris dans la ville de North York. En effet, cette ville possède le ratio le plus élevé d'adultes âgés dans la province. L'Hôpital général de North York offre un continuum de services gériatriques spécialisés aux patients hospitalisés et aux patients externes à l'aide d'un système d'aiguillage centralisé unique.

Le programme d'hôpital de jour gériatrique fait partie des services spécialisés qui abordent les besoins complexes des patients âgés et fragiles. Soutenu par une approche intégrée et interprofessionnelle, l'hôpital de jour gériatrique est un programme de réadaptation médicale pour les patients externes qui vise à améliorer les fonctions des patients âgés et fragiles qui vivent dans la collectivité grâce à la prestation et à la coordination d'interventions médicales, physiques et sociales. Le programme dispense des soins pour les aînés qui ont des problèmes médicaux ou de santé mentale qui compromettent leur autonomie ou leur capacité à continuer de vivre à la maison en toute sécurité. L'équipe interprofessionnelle est constituée de gériatres, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététistes, de ludothérapeutes, de thérapeutes en réadaptation, d'aides soignantes et d'employés de soutien administratif.

Le programme d'hôpital de jour gériatrique est maintenant offert quatre matins par semaine pendant une période qui s'étire généralement jusqu'à 10 semaines. À ses débuts, l'hôpital de jour était un programme à temps plein qui avait été mis sur pied selon une approche interprofessionnelle dans laquelle le personnel était appelé à faire des quarts de travail rotatifs et à gérer des cas individuels. Le programme fonctionne maintenant à temps partiel et est assuré selon une approche interprofessionnelle collaborative avec un personnel quotidien constant. Le programme s'adresse aux patients de 65 ans et plus qui ont plusieurs problèmes d'ordre médical, fonctionnel ou psychosocial, qui peuvent bénéficier d'une approche d'équipe, qui n'habitent pas dans un foyer de soins de longue durée et qui sont disposés à participer au programme collectif en milieu hospitalier.

Les patients sont mis en contact avec des programmes communautaires à leur sortie de l'hôpital afin de faciliter le continuum de soins et de favoriser une meilleure qualité de vie. L'initiative est financée par le Programme gériatrique régional de Toronto et par le programme de soins pour les aînés de l'Hôpital général de North York.

## RÉPERCUSSIONS :

L'approche de l'équipe interprofessionnelle et l'établissement d'objectifs centrés sur le patient se sont avérés efficaces pour la gestion des soins aux patients et des maladies chroniques. Le modèle de l'hôpital de jour gériatrique rehausse l'efficacité du traitement et donnerait de meilleurs résultats pour les patients, de l'avis des personnes concernées.

Le programme a été évalué sur le plan des résultats pour les patients et de la satisfaction de ces derniers. L'hôpital de jour utilise une multitude d'outils d'évaluation qui sont administrés au patient au début et à la fin du programme afin d'évaluer les résultats subjectifs et objectifs. Des outils de mesure fondés sur des données probantes, comme l'échelle de réalisation des objectifs, l'échelle de satisfaction à l'égard de sa vie, l'échelle de douleurs, l'indice de fragilité, l'échelle d'évaluation de l'équilibre Berg, l'échelle de dépression gériatrique, l'évaluation cognitive de Montréal, le test Timed Up and Go (TUG) et le



test de la marche pendant deux minutes sont utilisés. La hausse significative des pointages obtenus sur l'échelle de réalisation des objectifs à la fin du programme, au moment où les patients atteignent leurs objectifs de traitement, témoigne de la réalisation des objectifs de l'initiative qui ont été déterminés par l'équipe, en collaboration avec les patients et les familles.

Les sondages sur la satisfaction des patients ont révélé que les patients, les familles et les fournisseurs de soins étaient très satisfaits du programme d'hôpital de jour gériatrique et qu'ils avaient mentionné que l'« approche d'équipe » était un élément indispensable de sa réussite. Grâce à l'hôpital de jour gériatrique, les patients âgés et fragiles peuvent vivre de façon autonome dans la collectivité et sont plus susceptibles d'éviter les visites dans les salles d'urgence et les admissions qui ne sont pas nécessaires.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Avec l'objectif de garder les adultes du troisième âge dans la collectivité, il y a un besoin grandissant pour ce modèle de soins intégrés et complets à North York ainsi que dans la région du Grand Toronto. Le programme propose également un modèle de soins interprofessionnels centrés sur les patients âgés qui pourrait facilement s'appliquer dans d'autres hôpitaux et collectivités qui cherchent à améliorer les soins pour les aînés qui vivent dans la collectivité un peu partout en Ontario et au Canada.

Le modèle de soins de l'hôpital de jour a été conçu et mis sur pied à l'aide d'un cadre de soutien médical et psychiatrique rigoureux qui exige la prestation de soins continus aux patients âgés et fragiles qui ont obtenu leur congé de l'hôpital récemment.

Les responsables de l'hôpital de jour gériatrique collaborent avec les représentants du Programme gériatrique régional et d'autres hôpitaux de jour afin de stabiliser certains processus et résultats et d'améliorer la planification du roulement des patients et des congés. L'hôpital de jour gériatrique de l'Hôpital général de North York a été un chef de file en utilisant des barèmes pour la réalisation des objectifs, en amenant les familles à participer au programme des patients et en assurant la présence d'un gériatre au sein de l'équipe qui est également à la disposition des patients.

#### **Difficultés :**

- Assurer le fonctionnement d'un programme à temps plein pendant un horaire à temps partiel;
- Composer avec l'arrivée continue des patients au programme tout au long de l'année;
- Trouver un juste équilibre entre la prestation de soins adéquats aux patients et les responsabilités des non-patients.

#### **Leçons tirées :**

- Surréserver les patients afin de maintenir le nombre exigé;
- Effectuer les mesures avant et après pour montrer l'efficacité du programme;
- Suivre un calendrier serré et faire appel à une personne-ressource pour gérer les horaires;
- Organiser des séances d'orientation de masse fréquentes afin de sélectionner les patients pertinents avant de commencer le programme.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Name: Timmy Olanubi

Title: Registered Nurse

Organization: Senior's Health Centre – North York General Hospital

Email address: [timmy.olanubi@nygh.on.ca](mailto:timmy.olanubi@nygh.on.ca)

Telephone number: (416) 756 6050 ext. 8053

Information last updated on: July 7 2013

#### **Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :**

##### **Communications personnelles :**

Olanubi, T. et coll. (examen et rétroaction, juin 2013). [Centre de santé des aînés de l'Hôpital général de North York].



**Publications :**

Toronto Dementia Network. (novembre 2011). *North York General Hospital's seniors' health centre*. Extrait de :  
<http://www.dementiatoronto.org/oneAgency.asp?agency=North%20York%20General%20Hospital%20-%20Seniors'%20Health%20Centre>

**Autres profils :**

**Autre :**

Olanubi, T., Lum, M., Mah, G., Mandas, R., Dellaposta, F., McGeachie, ... Worrall, M. Présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

**External Source:** <http://www.nygh.on.ca/Default.aspx?cid=1199&lang=1>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Projet Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne (TACPC)

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde la question des temps d'attente pour les chirurgies pédiatriques en offrant un système d'information complet sur les temps d'attente pour les priorités comparables pour cette population. La pratique, qui a été lancée dans 15 centres de santé pédiatrique universitaires aux quatre coins du Canada, faisait appel à des chirurgiens, à du personnel en technologie de l'information (TI) et à des coordonnateurs des sites du projet.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les enfants et les jeunes canadiens représentent plus du quart de la population. Les enfants et les jeunes ont souvent besoin d'une intervention chirurgicale à des étapes cruciales de leur développement. Le retard de l'intervention chirurgicale pourrait entraîner des séquelles permanentes et pour le reste de leur vie. Le projet Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne (TACPC) a été conçu comme un système de classement des priorités pour les interventions chirurgicales, appelées objectifs canadiens en matière d'accès aux chirurgies pédiatriques (P-CATS), qui englobe 867 diagnostics dans 11 disciplines chirurgicales.

Les P-CATS ont été conçus pour des cliniciens par des cliniciens (en particulier les chirurgiens pédiatres qui œuvrent dans des centres pédiatriques canadiens). Ces objectifs en matière d'accès ont l'avantage d'être pertinents et utiles pour la prise de décisions cliniques dans la gestion des temps d'attente, c'est-à-dire qu'ils permettent de prendre en charge le bon cas au bon moment. Comme la chirurgie pédiatrique est très spécialisée, une méthodologie commune a également donné aux hôpitaux la possibilité de collaborer afin de déterminer les domaines communs où les besoins se font sentir et de miser sur les solutions possibles.

Les P-CATS ont été conçus par des groupes d'experts composés d'une centaine de chirurgiens pédiatres qui évoluent dans toutes les sous-spécialités chirurgicales un peu partout au Canada. À l'aide de cette méthodologie, les enfants qui reçoivent le même diagnostic ont droit à la même priorité, c'est-à-dire à un accès en fonction d'un temps d'attente cible, et ce, peu importe où ils habitent au Canada. En attachant une priorité à chaque diagnostic et en utilisant des priorités uniformes dans toutes les sous-spécialités chirurgicales, les P-CATS engendrent des données qui sont moins sensibles aux variantes dans la pratique.

Le projet TACPC a été financé par Santé Canada par le truchement d'accords de contribution dans le cadre du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS) de janvier 2007 à mars 2011. Pour les deux années suivantes, le projet était autosuffisant grâce aux contributions des sites participants. Le projet a pris fin le 31 mars 2013.

Des ententes ont été négociées et la transition vers le projet TACPC a été amorcée. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, la date de la décision d'opérer, la date de la chirurgie et le code des P-CATS pour les cas de chirurgie pédiatrique traités dans l'ensemble du Canada peuvent être présentés à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) par le truchement de résumés de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Le Réseau pédiatrique canadien de soutien aux décisions de l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique (ACCSP-RPCSD) a accepté de créer des rapports pour ses membres qui seront publiés dans leur rapport annuel.

## RÉPERCUSSIONS :

À l'échelle nationale, la base de données sur les TACPC constitue la seule source de renseignements complets sur les temps d'attente pour les chirurgies pédiatriques comparables dans l'ensemble du Canada. Les données de janvier 2012 à décembre 2012 montrent qu'en moyenne, 31 % des patients pédiatriques ont été opérés après leur objectif d'accès, c'est-à-dire après le délai d'attente acceptable.

En Ontario, les hôpitaux qui participent au projet ont diminué le pourcentage d'enfants pour lesquels le temps d'attente acceptable avait été dépassé en se servant de ce système pour classer les cas en fonction de leur gravité et pour répartir les





ressources afin d'intervenir dans les domaines particuliers où les besoins se font sentir. Dans l'un des hôpitaux, les chirurgiens se servent des P-CATS pour classer les patients en ordre de priorité sur leurs listes de chirurgies. Dans un autre hôpital, les P-CATS sont utilisés pour allouer le temps dans les salles d'opération entre les divisions chirurgicales. Enfin, dans un troisième hôpital, les P-CATS sont utilisés pour déterminer les plus grands besoins en termes de temps dans les blocs opératoires. Grâce au financement supplémentaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, le taux de dépassement global a chuté de 46 % à 15 %. Le recours à des normes communes a également permis aux hôpitaux participants de partager les enseignements.

Le projet TACPC a reçu le prix de leadership dans la catégorie Or de l'Institut d'administration publique du Canada pour sa vision, son innovation, son leadership et sa collaboration.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'importance de ce projet a été reconnue par plusieurs provinces canadiennes et 24 hôpitaux en tout répartis en Alberta (3 centres), en Colombie-Britannique (4), au Manitoba (2), à Terre-Neuve-et-Labrador (1), en Nouvelle-Écosse (1), en Ontario (8), au Québec (4) et en Saskatchewan (1) participent maintenant à cette démarche. Par exemple, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a adopté les P-CATS pour mesurer les délais d'attente pour toutes les chirurgies pédiatriques dans cette province. Le registre d'accès des patients de la Nouvelle-Écosse (PAR-NS) incorpore les renseignements pédiatriques codés à l'aide des P-CATS de l'IWK Health Centre pour environ 70 % des cas de chirurgie pédiatrique de la Nouvelle-Écosse. Enfin, dans le cadre d'une initiative récente en Alberta, les P-CATS sont considérés comme un modèle pour créer des cibles similaires pour les adultes.

#### PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : D<sup>r</sup> James G. Wright  
Titre : Chirurgien en chef, Service de chirurgie  
Organisme : The Hospital for Sick Children  
Courriel : [james.wright@sickkids.ca](mailto:james.wright@sickkids.ca)  
Téléphone : 416-813-5018

OU

Nom : Alexandra Schelck  
Titre : Coordinatrice nationale des centres  
Organisme : Projet Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne (TACPC)  
Courriel : [cpswt.office@sickkids.ca](mailto:cpswt.office@sickkids.ca)  
Téléphone : 416-813-7654, poste 28533

Dernière mise à jour : Le 17 juin 2013

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

##### **Publications :**

Wright, J.G. et Menaker, R.J. (2011). Waiting for children's surgery in Canada: The Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, no 9, E559–E564.

##### **Autres :**

Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne. (5 novembre 2008). *Les objectifs canadiens en matière d'accès aux chirurgies pédiatriques (P-CATS)*. Extrait de : [http://www.waittimealliance.ca/waittimes/P-CATS-Report\\_fr.pdf](http://www.waittimealliance.ca/waittimes/P-CATS-Report_fr.pdf)

*Canadian Paediatric Surgical Wait Times (CPSWT) Project*. Extrait de : [http://acaho.org/docs\\_new/Patient%20Flow/35-SICKKIDS-Canadian%20Paediatric%20Surgical%20Wait%20Times%20CPSWT%20\(finale\).pdf](http://acaho.org/docs_new/Patient%20Flow/35-SICKKIDS-Canadian%20Paediatric%20Surgical%20Wait%20Times%20CPSWT%20(finale).pdf)

Prix de leadership dans le secteur public. (2012). *Projet Temps d'attente en chirurgie pédiatrique canadienne (CPSWT) : 24 hôpitaux participants*. Extrait de : <http://www.leadershipawards.ca/fr/winners/pages/cpswt.aspx>

**External Source:** [http://www.ccyhc.org/work\\_surgical\\_projects.html](http://www.ccyhc.org/work_surgical_projects.html)





Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde la question de l'hébergement des personnes qui sont sans abri ou mal logées et qui ont souffert d'un problème médical aigu d'une maladie ou d'une blessure aiguë. Lancée en Ontario dans un milieu clinique de Toronto, la pratique met à contribution une équipe coordonnée du centre d'accès aux soins communautaires, des oncologues ainsi que le personnel du centre de santé Sherbourne.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'infirmierie du centre de santé Sherbourne est une unité de soins de santé de courte durée où des personnes de tout âge qui sont sans abri ou mal logées peuvent séjourner pendant qu'elles se remettent d'un problème médical aigu ou d'une maladie ou d'une blessure aiguë. Le programme d'infirmierie prévoit un espace sûr dans lequel les clients peuvent prendre du repos et se rétablir dans un environnement confortable et favorable.

Les soins de santé sont assurés par une équipe interprofessionnelle qui comprend des médecins conseils, des infirmières et un gestionnaire de cas pour les personnes qui sont sans abri et mal logées. Ouverte sept jours sur sept, 24 heures sur 24, l'infirmierie offre des soins de santé holistiques et axés sur le rétablissement à des clients qui devraient se remettre d'un problème médical dans une courte période de temps et qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Les admissions ont généralement lieu du lundi au jeudi, de 9 h à 15 h. Dans la mesure du possible, il est préférable que les admissions se fassent le matin afin que les clients puissent bénéficier d'une transition ou d'un transfert en douceur vers le programme. L'initiative a permis d'offrir des soins intégrés prodigués par une équipe coordonnée afin d'assurer une transition harmonieuse entre l'hôpital, le refuge et l'infirmierie.

Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne a été conçu pour s'ajouter aux soins de santé qui sont déjà offerts dans des sites hospitaliers et communautaires. Le programme vise à améliorer les options de rétablissement qui s'offrent aux personnes qui sont sans abri ou mal logées en se concentrant sur celles qui ont des problèmes de santé qui nécessitent un séjour à court terme. Le programme d'infirmierie n'est pas destiné à remplacer les autres formes de soins de santé comme les services d'évaluation d'urgence, d'aide et d'écoute, de santé mentale ou de lutte contre la toxicomanie.

## RÉPERCUSSIONS :

Depuis 2011, 20 personnes sans abri — des hommes et des femmes âgés de 30 à 70 ans qui avaient différents types de cancer et des pronostics variés — ont été traitées. En 2012, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario a annoncé que le centre de santé Sherbourne avait remporté le prix de l'innovation pour avoir élargi sa pratique afin d'offrir des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux personnes qui sont sans abri ou qui n'ont pas de vrai « foyer ». Ces patients sont confrontés à des obstacles importants qui les empêchent d'avoir accès aux traitements courants. Même les personnes qui vivent dans des refuges ou dans des maisons de chambres ne sont pas dans un milieu suffisamment sûr ou hygiénique et ne peuvent pas éliminer de la bonne manière les déchets toxiques de la chimiothérapie. L'infirmierie a permis aux oncologues de l'Ontario de mettre en place avec confiance des plans de traitement pour plusieurs personnes sans abri ou logées dans des conditions de vulnérabilité qui, autrement, auraient pu se faire refuser un traitement ou avoir du mal à trouver des options de soins.

Cette pratique a permis d'améliorer les résultats pour les patients grâce à une excellente continuité des soins et à une approche véritablement centrée sur le patient. L'infirmierie accueillante et lumineuse et l'approche respectueuse de tous les membres du centre font partie d'une expérience souvent déterminante pour les clients, qui affirment couramment avoir reçu des soins d'une qualité sans précédent. La plupart des clients, qui ont été victimes d'une stigmatisation et d'une maltraitance importantes, se méfient du système de soins de santé, d'où l'importance de les traiter avec respect et dans leur globalité dans un environnement centré sur le patient.



La pratique n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle à cette étape-ci, mais les témoignages, les mesures des programmes à l'interne et les observations donnent à entendre que les résultats sont très positifs.

**APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le programme d'infirmier du centre de santé Sherbourne n'a pas été adapté à partir d'une autre province ou d'un autre territoire et n'a pas été mis en place ailleurs. Néanmoins, cette pratique pourrait théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>re</sup> Laura Pripstein  
Titre : Directrice médicale  
Organisme : Sherbourne Health Centre  
Téléphone : 416-324-5064  
Dernière mise à jour : Le 14 juin 2013

**Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :**

**Autres :**

Sherbourne Health Centre. (sans date). *Infirmery program referral guide 2009/2010*. Extrait de :  
<http://www.sherbourne.on.ca/PDFs/inf-guide/referralguide.pdf>

Association of Family Health Teams of Ontario. (6 décembre 2012). Sherbourne and North York FHTs honoured for their work by Cancer Quality Council of Ontario. [Communiqué de presse]. Extrait de :  
<http://www.afhto.ca/news/sherbourne-and-north-york-fhts-honoured-for-their-work-by-cancer-quality-council-of-ontario/>

Goar, C. (25 avril 2013). Sherbourne Health Centre improves cancer care for Toronto's homeless. *Toronto Star*. Extrait de :  
[http://www.thestar.com/opinion/commentary/2013/04/25/sherbourne\\_health\\_centre\\_improves\\_cancer\\_care\\_for\\_torontos\\_homeless\\_goar.html](http://www.thestar.com/opinion/commentary/2013/04/25/sherbourne_health_centre_improves_cancer_care_for_torontos_homeless_goar.html)

Cancer Quality Council of Ontario. (sans date). *Award recipients 2012*. Extrait de :  
<http://www.cqco.ca/cms/One.aspx?portalId=89613&pageId=253500>

**External Source:** <http://www.sherbourne.on.ca/programs/infirmery.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Des soins dentaires accessibles à tous grâce aux services dentaires gériatriques spécialisés

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique dentaire novatrice aborde la question de l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires des personnes dont l'état physique, médical ou cognitif est contraignant. La clinique vise à intégrer en douceur des services cliniques dentaires pour un éventail de patients, y compris pour les cas les plus complexes. Lancée en Ontario en janvier 2011, cette initiative prend la forme d'une clinique dentaire spécialisée indépendante qui est exploitée dans un milieu hospitalier.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le centre dentaire Runnymede donne accès à des soins buccodentaires et offre une branche des soins dentaires qui est destinée aux personnes dont l'état physique, médical ou cognitif limite leur capacité à recevoir des soins dentaires courants. Le centre dentaire, qui offre des soins centrés sur les patients aux clients et au personnel du centre Runnymede ainsi qu'à l'ensemble de la collectivité, a ouvert ses portes dans le centre de santé Runnymede en janvier 2011.

Le centre dentaire Runnymede a pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins et d'offrir des services dentaires de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin. La clinique est conçue pour répondre aux difficultés et aux besoins particuliers des patients qui ont besoin de soins spécialisés à l'aide d'équipements et de procédés spécialisés. Les salles d'intervention du cabinet, qui sont pourvues d'un élévateur Hoyer qui facilite le transfert des patients en chaise roulante et de fauteuils dentaires adaptés à air comprimé, sont aménagées pour les patients qui ont besoin d'un apport supplémentaire continu d'oxygène. La nouvelle clinique dentaire, qui dispose de suffisamment d'espace pour qu'une personne de confiance ou un membre de la famille puisse accompagner le patient pendant qu'il subit une intervention, peut accueillir des fauteuils dentaires mobiles. Contrairement aux fauteuils dentaires fixes que l'on trouve dans la plupart des cliniques, ces fauteuils peuvent être mis de côté dans la salle de traitement. Cette caractéristique est particulièrement avantageuse pour les patients qui ont une chaise roulante spécialisée qui peut être inclinée vers l'avant ou vers l'arrière, car elle leur permet de se faire soigner dans leur chaise roulante sans avoir à être déplacés. Le centre dentaire Runnymede aide également à coordonner les rendez-vous des patients et offre un service pratique de navette aux clients de la collectivité qui favorise l'autonomie des personnes qui sont incapables de se déplacer par elles-mêmes.

Un examen préalable et une première évaluation buccodentaires sont offerts gratuitement aux patients. Après l'évaluation, le centre dentaire transmet des recommandations écrites pour le traitement ainsi qu'une ventilation des coûts des services. Des arrangements de paiement pour les services dentaires sont pris entre le dentiste et le patient ou son mandataire.

Depuis 2012, le centre dentaire Runnymede fait connaître ses services uniques et élargit sa clientèle en ciblant les patients et le personnel du centre de santé Runnymede ainsi que les membres de la collectivité. En outre, la clinique dentaire et le centre de santé Runnymede collaborent à un plan stratégique afin que les nouveaux patients ou leurs mandataires puissent prendre connaissance des services de soins dentaires qui sont offerts sur place et y avoir accès. Le centre dentaire Runnymede est à l'étape qui consiste à renseigner les établissements de soins de longue durée, les foyers de soins infirmiers et les résidences pour personnes autonomes du voisinage sur les services de soins dentaires et à leur offrir ces services.

## RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique dentaire novatrice, qui a été mise en place en janvier 2011, n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle à cette étape-ci. Le centre dentaire Runnymede a toutefois reçu plusieurs commentaires positifs et les observations donnent à entendre que cette pratique est susceptible de donner des résultats positifs pour la santé.

La pratique répond aux besoins de la collectivité, car ce sont les nombreuses demandes des patients, des mandataires et du personnel qui ont incité le centre dentaire Runnymede à commencer à tisser des liens et à offrir des services dentaires



spécialisés complets en milieu hospitalier. Les témoignages des patients et des fournisseurs indiquent que l'accès à la clinique a amélioré la qualité de vie des patients. Le centre dentaire Runnymede réussit à offrir des soins de santé buccodentaire à une population qui, autrement, n'aurait pas accès à des soins de ce genre en raison de ses limitations physiques ou médicales. Avoir une bouche exempte de maladies, d'infections et de plaque est d'une importance capitale pour la santé cardiovasculaire et la santé globale. Les patients disent qu'ils se sentent plus à l'aise et qu'ils jouissent d'une plus grande accessibilité pendant la visite dentaire, qu'ils ont une meilleure hygiène buccodentaire et qu'ils sont satisfaits de leur apparence, de la sociabilité et du sentiment d'appartenance à la communauté dans la clinique.

Les scores de plaque et les résultats pour les maladies, les douleurs et les infections ont diminué considérablement depuis que le centre dentaire Runnymede a commencé à offrir des services aux patients du centre de santé Runnymede à temps partiel en 2011. La sensibilisation à l'hygiène buccodentaire, qui s'est grandement améliorée depuis l'ouverture du centre dentaire Runnymede, est une deuxième retombée importante. Par exemple, le centre dentaire a organisé des séances de formation annuelles sur les soins buccodentaires pour l'ensemble du personnel de la clinique de santé. Ainsi, grâce à une sensibilisation accrue et à une meilleure éducation, un plus grand nombre de patients du centre de santé et de la collectivité apprennent l'importance de la santé buccodentaire et de la prévention et ont accès à des services dentaires régulièrement plutôt qu'en situation d'urgence.

Enfin, les visites et les examens préventifs fréquents sont rassurants et permettent de réaliser des économies, en plus de contribuer à réduire au minimum les visites d'urgence ainsi que la douleur et l'inconfort inutiles. Comme les coûts de démarrage, les systèmes et la formation pour une clinique spécialisée de ce genre sont plus importants que pour un cabinet dentaire général, la clé consiste à agrandir la clinique et à mieux la faire connaître.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Devant la réussite du centre dentaire Runnymede dans le cadre du centre de santé Runnymede, une clinique similaire est mise sur pied dans le centre-ville de Toronto. Bien que cette deuxième clinique ne possède pas les mêmes installations ni le même équipement qu'un milieu hospitalier, la démarche qui consiste à offrir des soins de santé buccodentaire intégrés à une population diversifiée de patients a été adaptée. La pratique qui a vu le jour au centre dentaire Runnymede prend de l'ampleur et ses services spécialisés sont de plus en plus connus. Le centre dentaire Runnymede cherche également à offrir des services dentaires mobiles aux patients hospitalisés du centre de santé Runnymede qui sont cloués au lit.

Le centre dentaire Runnymede a reçu plusieurs demandes pour donner des renseignements, en dehors des établissements de soins de santé de longue durée et des autres installations, au sujet de l'importance de la santé buccodentaire ainsi que des demandes pour offrir les services de la clinique aux résidents des intervenants intéressés. L'élargissement de cette pratique au-delà de son cadre initial contribuera à améliorer l'accessibilité aux soins dentaires pour les établissements de soins de longue durée, à accroître la formation du personnel en soins de santé de longue durée sur l'importance de la santé buccodentaire et à encourager les visites régulières chez le dentiste, qui sont un élément important de la prévention des maladies et de la promotion de la santé.

Le plus grand défi pour le centre dentaire Runnymede consiste encore à donner un accès et des renseignements aux personnes qui pourraient bénéficier le plus de ses services — comme les résidents des établissements de soins de longue durée et les patients qui sont incapables d'obtenir un transport autonome — et à les informer des choix qui s'offrent à eux pour leurs soins.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>re</sup> Natalie Archer  
Titre :  
Organisme : Centre dentaire Runnymede  
Courriel : [runnymededental@drarcher.ca](mailto:runnymededental@drarcher.ca)  
Téléphone : 416-763-2000  
Dernière mise à jour : Le 1<sup>er</sup> mai 2013

#### **LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES LIENS SUIVANTS :**

##### ***Communications personnelles :***

Archer, N. (entrevue, examen et rétroaction, 1<sup>er</sup> mai 2013). [Runnymede Dental Centre].

##### ***Autres profils :***

##### ***Autres :***

Archer, N. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil



canadien de la santé (2012).

**External Source:** <http://www.runnymededentalcentre.com/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

## Accès avancé et réorganisation de la pratique clinique au CRSC Burntwood

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**VIDÉO :** Cette pratique novatrice a été mise en vedette par le Conseil canadien de la santé dans sa série de vidéos « Innovations qui réduisent les temps d'attente » sur le site : [www.conseilcanadiendelasante.ca/tempsdattente](http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tempsdattente)

**APERÇU :** Cette pratique s'emploie à résoudre la question des temps d'attente et du besoin pour les patients d'avoir accès rapidement à un diagnostic et à un traitement. Elle a été mise en œuvre au Manitoba où elle est appliquée dans 30 cliniques, l'objectif étant que 75 % des cliniques de soins primaires reçoivent une formation sur l'Accès avancé d'ici 2015. Le nombre des employés que cette pratique mobilise peut n'être que de deux, mais peut aller jusqu'à quatorze, comptant médecins, infirmières, infirmières praticiennes, diététistes, conseillers familiaux, sages-femmes, personnel de promotion de la santé, accompagnateurs pour les personnes présentant des facteurs de risque, agents de liaison autochtones et personnel de soutien employé par les équipes d'amélioration de l'accès.

### DESCRIPTION :

L'Accès avancé consiste à aider les cliniques de soins primaires à faire évoluer leurs pratiques, de sorte que les patients peuvent voir un médecin ou un autre praticien en soins primaires au moment qui leur convient. Son but est de réduire dans une mesure appréciable les temps d'attente pour les services, afin que les cliniques puissent offrir plus rapidement à leurs patients un diagnostic et un traitement.

Le Centre de ressources de santé communautaire Burntwood, créé en 2000, était caractérisé par de longues attentes pour les rendez-vous, allant parfois jusqu'à deux ou trois mois. Il recevait de nombreuses plaintes des membres de la collectivité qui essayaient d'obtenir une consultation. Appartenant à l'Office régional de la santé du nord du Manitoba, ce CRSC dessert une population d'environ 45 000 habitants. Il s'agit d'une clinique multidisciplinaire qui emploie des médecins, des infirmières, une infirmière praticienne, une diététiste, un conseiller familial, une sage-femme, des intervenants en promotion de la santé, un accompagnateur pour les personnes présentant des facteurs de risque, des agents de liaison autochtones et divers employés de soutien.

En janvier 2008, le CRSC Burntwood lançait le projet d'Accès avancé en collaboration avec Santé Manitoba. L'un des objectifs du projet était de réduire l'attente pour les rendez-vous, le but étant d'obtenir l'accès le jour même, dès le mois de juin de la même année. Un autre objectif était d'améliorer l'efficacité du service administratif et de diminuer la durée de l'attente une fois que le patient s'était présenté à son rendez-vous. Pour suivre les progrès de cette intervention, les éléments suivants ont été évalués : délais pour obtenir des consultations, longues ou brèves, demande de rendez-vous et disponibilité, activités de la clinique, clients absents et temps de cycle (la durée de présence d'un patient à partir du moment où il arrive pour un rendez-vous jusqu'au moment où il quitte la clinique). Cette pratique novatrice visait également à réduire les coûts de base en éliminant les services injustifiés et les chevauchements.

### RÉPERCUSSIONS :

À la suite de la mise en œuvre du projet d'Accès avancé, on a observé de nombreux changements, en particulier relativement à l'amélioration de la qualité. Le nombre de plaintes déposées par des patients concernant l'accès est tombé à zéro. Le nombre de patients non rattachés à un prestataire de soins primaires est passé de plus de 2 000 à moins de 200. Les délais des rendez-vous se sont écourtés au point que la plupart des prestataires ont des disponibilités soit le jour même, soit le lendemain. La continuité des soins, ou la possibilité de voir le même prestataire de soins primaires, s'est améliorée. La clinique a pu recevoir davantage de clients chaque année grâce à la réduction des absences et à une meilleure utilisation des disponibilités de rendez-vous. Les patients ont moins recours à la clinique sans rendez-vous parce qu'ils peuvent maintenant obtenir une consultation avec leur prestataire de soins de santé habituel.

Les formations à l'Accès avancé sont gratuites pour les cliniques, Santé Manitoba ayant reçu un financement pour



les dispenser. Toutefois, les cliniques qui pratiquent la rémunération à l'acte doivent s'attendre à des coûts initiaux, puisqu'il leur faudra consacrer du temps en personnel pour la formation et la mise en application de l'Accès avancé. La majorité des cliniques retire un gain de ces coûts initiaux, car, une fois l'Accès avancé en place, il se traduit par une augmentation du chiffre d'affaires à cause de l'efficacité accrue du service administratif et de la diminution du nombre d'absences.

**APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

L'Accès avancé connaît un succès qui prend de l'ampleur dans d'autres provinces du Canada. La réussite du CRSC Burntwood illustre certains défis particuliers auxquels se heurte la prestation de services dans une région éloignée du Nord. Le personnel du CRCS collabore avec d'autres établissements de la région et d'autres provinces afin de diffuser ces résultats positifs.

Contenu adapté à partir des sources et des sites Web ci-dessous :

Soins primaires – Accès avancé : Réussites <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/docs/burntwood.pdf>

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Jo-Anne Lutz

Titre : Directrice, cliniques de soins primaires

Organisme : Office régional de la santé du Nord

Courriel : [jlutz@brha.mb.ca](mailto:jlutz@brha.mb.ca)

**Téléphone** : 204-677-1796

Dernière mise à jour : 15 avril 2013

External Source: <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/advancedaccess.html>





Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

## Total Joint Assessment Clinic (Clinique d'évaluation complète des articulations)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** La présente pratique novatrice vise à réduire le temps d'attente pour l'évaluation et le traitement des patients souffrant d'arthrite de la hanche ou du genou.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain a lancé son programme régional d'arthroplasties de la hanche et du genou en 2007 dans le cadre des efforts déployés pour réduire le temps d'attente pour l'évaluation et le traitement des patients souffrant d'arthrite de la hanche ou du genou. Après qu'une proposition de financement a été envoyée au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, un modèle de pratique exemplaire a été élaboré en se fondant sur une revue de la littérature et sur les observations faites durant des visites de cliniques ayant mis en place des processus d'aiguillage efficaces en matière d'articulations. Une fois le modèle général formulé, des intervenants tels que des chirurgiens, des médecins, des employés du RLISS, des évaluateurs, des rhumatologues et des représentants du Réseau canadien de l'arthrite ont été invités à participer à des débats sur la meilleure façon d'améliorer le modèle proposé et de le mettre en œuvre dans la pratique quotidienne. Ces débats ont mené à la création d'un organigramme général, suivie de la formation subséquente des évaluateurs par des chirurgiens et des radiologues.

Le concept de clinique d'évaluation complète des articulations qui en résulte est fondé sur l'utilisation efficace faite des ressources humaines, dans le cadre du Holland Musculoskeletal Program (programme de recherche en musculo-squelettique de Holland) de l'hôpital général North York et de l'hôpital Sunnybrook, pour réduire le temps pendant lequel les patients attendent une première évaluation. Ce modèle d'aiguillage des patients qui ont besoin d'arthroplastie est innovateur en ce sens qu'il prévoit que des évaluateurs, plutôt que des chirurgiens, seront appelés à déterminer la nécessité pour un patient d'avoir recours à une intervention chirurgicale. Le modèle comprend les étapes suivantes :

1. Le médecin soumet sa recommandation à un centre d'admission centrale régional.
2. Dans les deux semaines qui suivent, le patient est consulté par un évaluateur, qui est en général un physiothérapeute ou une infirmière/un infirmier en pratique avancée formé(e) par des chirurgiens et des radiologues. L'évaluateur procède à l'examen physique du patient, examine son dossier médical et prend des radiographies pour déterminer s'il a besoin de subir une intervention chirurgicale.
3. L'évaluateur examine avec le patient les possibilités d'intervention chirurgicale et non chirurgicale qui s'offrent à lui. Si le patient opte pour une intervention non chirurgicale, l'évaluateur lui explique alors les ressources communautaires disponibles. L'évaluateur retourne par la suite le dossier du patient au médecin orienteur et le renseigne sur les ressources de prise en charge recommandées.
4. Si le patient choisit une intervention chirurgicale, les risques et les avantages sont examinés plus en profondeur. Le patient est par la suite adressé à un chirurgien en particulier ou au premier chirurgien disponible pour une consultation de 15 minutes.

Ce processus vise à réduire autant que possible le temps injustifié passé en consultation avec le chirurgien et à guider les patients qui n'ont pas à subir d'intervention chirurgicale à travers les différents services et ressources communautaires dans le cadre du programme de prise en charge prudente. Ce programme comprend une séance d'éducation collective enseignée par un physiothérapeute, un ergothérapeute, un diététiste et un pharmacien. Durant cette séance de 75 à 90 minutes, des sujets tels que les aides à la mobilité, le conditionnement physique, les régimes alimentaires, la perte de poids et les traitements pharmacologiques de la douleur sont examinés. Les ressources telles que des guides d'activités récréatives locales et leurs horaires sont également offertes durant la séance.





## RÉPERCUSSIONS :

L'incidence du programme d'arthroplasties de la hanche et du genou, et son utilisation de l'approche de « clinique d'évaluation complète des articulations », a été saisie dans deux sondages sur la satisfaction des patients et un sondage sur la satisfaction des professionnels de la santé. Les deux sondages auprès des patients indiquent un taux de satisfaction de 95 % ou plus; les médecins sont également très satisfaits de cette approche « à guichet unique » de l'aiguillage des patients. Les entrevues de patients révèlent la satisfaction de ces derniers à l'égard de l'option de consulter le prochain chirurgien disponible, qui leur assure un accès plus rapide aux interventions chirurgicales et par conséquent réduit le temps d'attente. Une analyse rudimentaire des données montre que 90 % des patients choisissent l'option de consulter le prochain chirurgien disponible. En conséquence, le temps d'attente moyen pour une arthroplastie de remplacement a diminué de 18 mois à tout au plus six mois.

Le temps d'attente pour une première consultation par un chirurgien a également diminué, sans doute en raison de l'intégration d'un évaluateur au processus d'évaluation de base. Les évaluateurs séparent avec efficacité les candidats qui ont besoin d'une intervention chirurgicale (15 % de la population) de ceux qui n'ont pas besoin de consulter un chirurgien. En moyenne, les évaluateurs procèdent à six évaluations par jour. Les consultations par un chirurgien ont ainsi lieu, tout au plus, quatre semaines après l'évaluation. Les chirurgiens ont déclaré être en mesure de voir jusqu'à quatre patients par heure.

## APPLICABILITÉ / TRANSFÉRABILITÉ :

Le succès du programme d'arthroplasties de la hanche et du genou a incité les représentants de la santé dans l'Est de l'Ontario à envisager d'appliquer le modèle de l'hôpital Queensway Carleton à l'ensemble de la région de la clinique d'évaluation complète des articulations et d'adapter le système aux procédures ajournables telles que les examens diagnostiques et la chirurgie de la cataracte. De même, des efforts de simplification du processus d'aiguillage ont été faits dans le cadre des chirurgies cardiaques et du dépistage du cancer. Dans le cas des chirurgies cardiaques, un registre provincial contenant les noms de tous les patients par ordre de priorité a été créé afin que les hôpitaux situés dans 11 villes puissent collaborer pour assurer l'accès en temps opportun aux soins pour ceux qui en ont le plus besoin. Une initiative semblable, tout à fait indépendante de la présente pratique, existe en Saskatchewan, ce qui laisse croire que ce genre de pratique innovatrice peut être appliqué dans d'autres régions.

Pour les autres administrations qui aimeraient adapter cette pratique à leur propre contexte, l'obtention du soutien des chirurgiens et des patients était une des principales difficultés de la mise en œuvre de ce processus d'aiguillage. Les chirurgiens craignaient que la simplification des consultations pour des interventions chirurgicales et non chirurgicales leur fasse perdre des clients. Toutefois, le recours à un champion chirurgien a permis d'obtenir l'appui d'autres chirurgiens. Les patients, quant à eux, se montrent souvent sceptiques à l'égard de l'option de consulter le prochain chirurgien disponible, car ils se demandent s'ils recevront réellement des soins de qualité du chirurgien affecté. L'encouragement des médecins s'avère crucial pour dissiper les craintes des patients quant à la qualité des soins reçus. Les médecins assurent à leurs patients qu'ils recevront des soins de qualité comparable et, au cas où le patient n'est pas satisfait, il peut être réorienté vers un autre spécialiste. Toutefois, les sondages sur la satisfaction des patients montrent clairement que cela est rarement nécessaire.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Maureen Sly?Havey

Titre : infirmière en pratique avancée, gestionnaire de projet du programme régional d'arthroplasties de la hanche et du genou

Organisation : Hôpital Queensway Carleton et RLISS Champlain

Adresse électronique : [mslyhavey@qch.on.ca](mailto:mslyhavey@qch.on.ca)

Numéro de téléphone : 613-721-2000, poste 3550

Dernière mise à jour de l'information : 24 mars 2013

## Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

### Publications :

Hôpital Queensway Carleton. (s.d.). *Total joint assessment clinic evaluates need for surgery.*

Source : <http://www.qch.on.ca/Home.aspx?PageID=304>

### Autres profils :

Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects.*

Source : [http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)

### Autres :



Cutting the wait list. (25 septembre 2008). *Ottawa Citizen*. Source :  
<http://www.canada.com/story.html?id=8a10e255-110e-4f22-871b-c56add74f02b>

Catherine McCarthy, C. (1<sup>er</sup> mai 2008). *Total joint assessment clinic* [Notes de présentation]. Ottawa, ON: Hôpital Queensway Carleton. Source : <http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/bpd/2008/bpd2008-pres-6d.pdf>

**External Source:** <http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/bpd/2008/bpd2008-pres-6d.pdf>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# La transition des patients entre la BC Cancer Agency et Vancouver Acute Services

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde les moyens à prendre pour faciliter le mieux possible les transferts des patients entre les autorités régionales de la santé.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

De 2009 à 2013, la Provincial Health Services Authority (PHSA) et Vancouver Coastal Health (VCH) de Colombie-Britannique ont collaboré dans le cadre d'une initiative qui visait à améliorer les processus de transfert de patients entre deux de leurs organismes. Cette initiative a été conçue à la suite d'un incident qui a compromis la sécurité d'un patient qui était transféré du Vancouver General Hospital (VGH) à la BC Cancer Agency (BCCA) où il avait un rendez-vous pour subir une radiothérapie en clinique externe. Le transfert du patient s'est fait après les heures d'ouverture habituelles de la clinique, lorsque le nombre d'employés est réduit au minimum. Une infirmière occasionnelle embauchée depuis peu de temps transportait le patient vers un organisme différent qu'elle ne connaissait pas. Plusieurs problèmes qui touchent à la communication et aux soins sont survenus en cours de route. Les dirigeants, les éducateurs, les médecins et les employés de première ligne des deux organismes se sont réunis afin d'examiner le processus de transfert. Ils ont procédé à une analyse des modes de défaillance et de leurs effets afin de déterminer les étapes déficientes du processus ainsi que leurs causes profondes, de coter la gravité et la probabilité de récurrence et de trouver des solutions pour faire en sorte que le processus soit à l'épreuve des erreurs et pour évaluer les mesures au fil du temps.

Les 12 modes de défaillance suivants ont été cernés : 1) un manque de communication sur les besoins du patient; 2) l'absence d'un plan de gestion de la douleur avant le transfert; 3) l'ignorance de l'infirmière en ce qui concerne le plan de soins; 4) l'absence de médicaments pendant le transfert; 5) le manque de clarté des directives du médecin; 6) le non-respect des sept bons principes de l'administration des médicaments; 7) l'absence d'une politique sur l'approvisionnement en médicaments en dehors des heures normales à la BCCA; 8) l'ignorance de l'infirmière à l'égard du protocole pour la radiothérapie à la BCCA; 9) l'absence d'une politique qui permette à une infirmière de la VCH d'administrer des médicaments à la BCCA; 10) l'ignorance de l'infirmière de la VCH au sujet de la procédure à suivre pour la radiothérapie de la BCCA; 11) l'absence de réponse de la BCCA à l'hôpital de départ; et 12) l'absence d'un suivi par un médecin à la suite de l'intervention.

Plusieurs recommandations et solutions ont été déterminées et mises en place afin de s'attaquer à ces modes de défaillance, dont les suivantes : 1) les membres du personnel au VGH et à la BCCA doivent communiquer verbalement et par écrit avant de transférer un patient; 2) le personnel du VGH doit communiquer avec le médecin avant de procéder au transfert si l'état du patient change; 3) le personnel du VGH devrait être informé de la procédure à suivre pour la radiothérapie; 4) le Comité consultatif médical de la BCCA doit discuter de l'utilisation adéquate des directives données de vive voix; 5) un plan de gestion de la douleur doit être dressé avant le transfert du patient; 6) des politiques internes doivent être élaborées au sujet de l'habilitation des infirmières du VGH à administrer des médicaments à la BCCA et à s'approvisionner en médicaments à la BCCA en dehors des heures normales; 7) une formation doit être donnée sur les sept bons principes de l'administration des médicaments; 8) un protocole est nécessaire pour administrer des médicaments en dehors des heures normales à la BCCA; 9) la BCCA doit répondre aux établissements de départ; et 10) un cadre devrait être élaboré pour le transfert de soins par la PHSA.

Le cadre qui a été conçu par la PHSA pour les transferts de soins et les transitions aborde les trois types de transfert de soins : les transferts internes, externes et à l'intérieur de l'organisme ou de l'autorité sanitaire. Chaque organisme ou service de la PHSA doit inclure les éléments de base suivants dans ses processus et procédures : un mécanisme de transfert standard, la participation des patients et des personnes soignantes, une communication interactive, des renseignements complets, un examen des antécédents, une documentation et un minimum d'interruptions. Le personnel de la BC Cancer Agency appelle l'hôpital de départ 48 heures à l'avance afin de remplir une liste de contrôle pour les renseignements sur les soins du patient



dans le but de se renseigner sur le client et de demander qu'une infirmière l'accompagne, au besoin. Le personnel de la BCCA remplit également un formulaire pour la communication du transfert des soins, qui doit être retourné avec le patient si celui-ci a reçu des médicaments ou connu un événement indésirable pendant son séjour à la BCCA. Vancouver Acute Services a conçu un document sur les pratiques cliniques liées au transfert des patients qui doivent subir des tests ou des interventions. Dans le document, la liste de contrôle, qui s'étend en dehors de la BCCA, permet de déterminer si un accompagnement est nécessaire et énumère les éléments à prendre en considération lorsqu'il faut faire appel à son jugement clinique pour estimer les besoins dans d'autres scénarios.

#### RÉPERCUSSIONS :

Depuis que les recommandations et les solutions ont été mises en place en 2009, le nombre d'incidents lors des transitions de la BCCA a chuté de 60 %, en passant de 240 en moyenne, au cours de l'exercice 2008-2009, à 100 pendant l'exercice 2012-2013. Le nombre d'incidents survenus lors des transitions à partir d'autres établissements vers les unités de soins ambulatoires de la BCCA sont passés de 75, au cours de l'exercice 2008-2009, à cinq durant l'exercice 2012-2013. Il n'y a pas eu de nouveaux incidents graves qui ont compromis la sécurité des patients depuis 2009, année où le processus a été mis en œuvre, et le nombre d'incidents non critiques pour la sécurité des patients a chuté considérablement.

Des visites d'agrément simulées sont réalisées tous les six mois à la BCCA. Ces visites consistent notamment à examiner le processus lié au formulaire de transition, à recueillir un certain nombre de formulaires remplis par centre et à tenir des discussions ou effectuer des examens avec le personnel de première ligne afin de s'assurer que le processus de la BCCA est encore en place et qu'il répond aux besoins du personnel et des patients. Le personnel déclare qu'il y a eu une diminution importante du nombre de lacunes rattachées à la communication et de transferts inadéquats de patients qui arrivent sans être accompagnés par un membre du personnel de l'hôpital de départ. Il y a également eu des réunions trimestrielles régulières avec plusieurs hôpitaux de départ (ou d'accueil pour la BCCA) afin de s'assurer que les processus et les listes de contrôle demeurent en place. Chaque organisme a dû procéder à une remise à niveau de l'éducation sur les processus et la liste de contrôle à tous les six mois afin de s'assurer que les améliorations soient maintenues.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Un outil clé du cadre de transition, la liste de contrôle pour les transferts a été déployée en octobre 2012 à la Fraser Health Authority de l'Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre et au Surrey Memorial Hospital. Toutes les autres autorités sanitaires de la Colombie-Britannique seront invitées à la mise en œuvre de ce processus. Une évaluation du processus montre que depuis que Fraser Health y participe, le nombre d'incidents rattachés à la sécurité des patients est passé de 15 par année, à l'Abbotsford Centre en 2009, à un depuis la mise en place en octobre 2012.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Sue Fuller Blamey  
Titre : Directrice générale, Qualité et sécurité  
Organisme : Provincial Health Services Authority  
Courriel : [sue.fuller-blamey@bccancer.bc.ca](mailto:sue.fuller-blamey@bccancer.bc.ca)  
Téléphone : 604-877-6198 ou 604-788-3175  
Dernière mise à jour : Le 27 mars 2013

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

##### Autres :

Site Web de la BC Cancer Agency : <http://www.bccancer.bc.ca/default.htm>

Site Web de la Provincial Health Services Authority : <http://www.phsa.ca/default.htm>

External Source: <http://www.vch.ca/home/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

## Répertoire des spécialistes

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à accroître l'accès aux soins et à diminuer les délais d'attente en montrant aux patients qu'ils peuvent avoir accès à des spécialistes aussi qualifiés pour lesquels les temps d'attente sont moins longs.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2009, le ministère de la Santé de la Saskatchewan lançait son répertoire des spécialistes à l'intention des médecins. Le répertoire destiné à la population a suivi un an plus tard, après l'initiative Patient First Review. Le répertoire des spécialistes contient des renseignements détaillés sur les pratiques chirurgicales en Saskatchewan et les délais d'attente qui s'y rattachent. Bien qu'il ait été conçu dans le but d'améliorer l'expérience des clients qui naviguent dans le système de soins de santé, le premier répertoire n'était pas suffisamment orienté sur les patients. Il y avait plus de 100 pages de renseignements difficiles à fouiller qui décrivaient la pratique de chacun des 200 chirurgiens de la province. Par conséquent, la Saskatchewan Medical Association, le ministère de la Santé de la Saskatchewan, eHealth Saskatchewan (Cybersanté Saskatchewan) et les hygiénistes principaux de la Saskatchewan se sont réunis afin de discuter des meilleurs moyens d'améliorer le répertoire des spécialistes afin de le rendre entièrement convivial et accessible.

Les points à améliorer ont été déterminés à l'aide d'essais rigoureux et de séances avec des groupes de discussion dans des milieux urbains et ruraux qui étaient composés de médecins de famille, de chirurgiens et de patients volontaires. Les patients volontaires ont reçu des instructions afin de trouver certains spécialistes, comme ceux pour lesquels les délais d'attente étaient les plus courts dans leur région. Des exercices similaires ont été réalisés avec des médecins, qui ont tous permis de cerner les obstacles qui freinent l'utilisation. Les commentaires des groupes de discussion ont été réunis dans un seul document sur les besoins des utilisateurs, qui était à la base du changement. Un recensement des répertoires des autres provinces et territoires a permis de déterminer que le site Web sur les temps d'attente pour les chirurgies en Colombie-Britannique est la ressource qui répondait le mieux aux besoins des utilisateurs. Après une consultation avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, la province a accepté de partager son fournisseur, CGI Group Inc., afin de remanier le site Web de la Saskatchewan. À la suite de la refonte d'une durée de huit semaines, le prototype a été présenté à des médecins et des conseillers choisis afin de recueillir leurs impressions. Après avoir obtenu l'approbation du gouvernement, le répertoire des spécialistes a été rendu public dans le cadre d'une campagne média au début de 2012.

### RÉPERCUSSIONS :

Les modifications apportées au répertoire se sont traduites par une utilisation généralisée du site Web par les patients, par une meilleure coordination entre les registres des patients et des services disponibles, par une plus grande satisfaction chez les patients et les médecins et par des temps d'attente moins longs. Le site a reçu 2 162 requêtes à la suite de son lancement, puis entre 250 et 300 requêtes par semaine en moyenne. L'accès aux services de chirurgie locaux a été amélioré pour les pratiques liées aux soins ruraux. Le lancement et la mise sur pied du nouveau répertoire ont engendré une diminution de 57 % des délais d'attente supérieurs à 18 mois ainsi qu'une réduction de 44 % des délais d'attente de plus de 12 mois.

Comme le répertoire est relié à de nombreux registres, dont celui des fournisseurs, il a été constamment mis à jour à l'aide d'une méthode automatisée à 80 % afin d'offrir les renseignements les plus à jour aux patients. L'information ajoutée a été intégrée au reste du répertoire et organisée de manière à ce que les patients puissent consulter les renseignements selon la chirurgie, le nom du chirurgien ou l'emplacement géographique. Le répertoire a également été utile pour faire connaître toutes les possibilités d'aiguillage aux médecins en les tenant au courant des nouveaux chirurgiens et spécialistes en exercice.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'amélioration du répertoire a nécessité la collaboration de nombreux spécialistes de la santé, experts en technologies de l'information (TI), patients et conseillers dans une courte période de temps. La mise au point du site Web a fait ressortir le manque de renseignements disponibles sur tous les médecins et spécialistes. Le personnel des TI n'a pas pu commencer à repenser le site Web avant d'avoir communiqué avec tous les fournisseurs et de leur avoir demandé des renseignements. En



outre, l'utilisation du cadre existant pour le répertoire et la mobilisation de fournisseurs qui possédaient de l'expérience dans la conception de sites Web réussis ont été d'une importance cruciale pour réaliser le projet rapidement.

En mettant en évidence des groupes d'aiguillage mis en commun, un volet du répertoire fait la promotion de l'approche de l'orientation axée sur le prochain chirurgien disponible. Cette méthode a été utilisée avec succès dans d'autres provinces et territoires comme l'Ontario, l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador. À l'instar des pratiques d'orientation de ces provinces, la Saskatchewan a intégré des spécialistes non chirurgiens au répertoire afin d'améliorer l'accès aux soins pour les patients qui optent pour une gestion médicale de la maladie. Il existe des répertoires similaires pour l'aiguillage dans les Pays-Bas, en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse. Jusqu'à présent, la Saskatchewan est toutefois la seule compétence qui ait rendu ce genre de répertoire entièrement accessible au public, quoique la Nouvelle-Écosse songe à faire de même avec son répertoire des chirurgiens. Cela donne à entendre que la tenue d'un répertoire des spécialistes constitue une pratique qui peut être très facilement transférée à d'autres administrations, puisque les Pays-Bas et l'Ontario déclarent avoir obtenu de bons résultats.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Ron Epp  
Titre : Chargé de projet principal  
Organisme : Ministère de la Santé de la Saskatchewan  
Courriel : [ron.epp@gov.sk.ca](mailto:ron.epp@gov.sk.ca)  
Téléphone : 306-787-7261  
Dernière mise à jour : Le 24 mars 2013

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

##### *Autres profils :*

Canadian Medical Association. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*.  
Extrait de : [http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)

##### *Autres :*

Gouvernement de la Saskatchewan. (29 septembre 2011). *New specialist directory empowers patients with information* [communiqué de presse]. Extrait de : <http://www.gov.sk.ca/news?newsId=70dc581e-5b41-4721-87ba-913af25d08c9>

Gouvernement de la Saskatchewan. (s.d.). *Specialist directory—Common questions*. Extrait de : <http://www.health.gov.sk.ca/specialists-faq>

Saskatchewan Medical Association. (7 juin 2010). *Surgical specialist directory available to the public* [communiqué de presse].  
Extrait de : <https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=200>

**External Source:** <https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=642&lang=1>





Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

## Collaborative Emergency Centres (centres d'urgence collaboratifs)

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à améliorer l'accès aux soins de santé et à élargir l'accès aux soins de santé primaires à l'aide d'équipes coopératives composées de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières autorisées et d'ambulanciers paramédicaux dans chaque collectivité.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aux services d'urgence est l'une des grandes priorités du Canada en matière de santé. En Nouvelle-Écosse, de nombreux patients devaient attendre pendant des semaines pour voir leur médecin de famille et les services d'urgence des régions rurales étaient souvent fermés. Les Collaborative Emergency Centres (CEC) ont été recommandés, dans un premier temps, comme un moyen pour intégrer les soins d'urgence aux soins de santé primaires de façon uniforme. Les CEC assurent un accès amélioré aux soins de santé et un accès élargi aux soins de santé primaires à l'aide d'équipes coopératives formées de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières autorisées et d'ambulanciers paramédicaux dans chaque collectivité. Les soins sont accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les professionnels qui œuvrent dans les CEC possèdent une formation adéquate et une expérience pertinente et disposent du matériel nécessaire pour soigner les patients. Le premier CEC a été annoncé en avril 2011 et a ouvert ses portes à Parrsboro en juillet 2011.

Les Collaborative Emergency Centres font partie du plan Better Care Sooner de la Nouvelle-Écosse, qui vise à assurer des soins uniformes, sûrs et de qualité. Les services offerts dans les CEC sont conçus pour répondre aux besoins de la collectivité.

Les CEC offrent aux patients :

- un rendez-vous avec un médecin le même jour ou le lendemain pour les cas urgents;
- une approche collective des soins de santé qui est centrée sur leurs besoins particuliers;
- des heures de service prolongées et des services élargis pour les soins de santé primaires (composer le 811 pour parler à une infirmière autorisée);
- un accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour obtenir des soins d'urgence prodigués par des professionnels hautement qualifiés.

Les CEC sont financés par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse. En décembre 2011, on a annoncé que le gouvernement allait investir 6,8 millions de dollars afin de créer d'autres CEC d'un bout à l'autre de la province.

Les CEC sont novateurs dans le sens où ils s'adressent à des collectivités rurales où les salles d'urgence offrent des services limités qui ne sont pas toujours accessibles quand on en a besoin. Le modèle des CEC propose des soins qui sont offerts après les heures normales de travail, c'est-à-dire 24 heures sur 24, sept jours sur sept, par des médecins en ligne qui collaborent avec l'infirmière autorisée et l'ambulancier paramédical sur place dans les cas d'urgence.

### RÉPERCUSSIONS :

Le Centre de ressources Cochrane de la Nouvelle-Écosse a constaté qu'il y a peu de documentation scientifique sur le concept du CEC en tant que modèle pour la prestation des soins de santé. En outre, il n'y a pas de données probantes accessibles sur l'incidence d'autres modèles de soins offerts en dehors des heures normales de travail. Cela dit, des services téléphoniques de triage et de conseils similaires au modèle de la ligne 811 de la Nouvelle-Écosse semblent réduire la charge de travail des médecins et pourraient diminuer les coûts.

Bien que cette pratique novatrice n'ait pas fait l'objet d'une évaluation officielle, la plupart des CEC en Nouvelle-Écosse déclarent des résultats positifs. Les patients affirment que le système est plus souple et qu'il est un peu plus facile de consulter





des fournisseurs de soins pour le renouvellement des ordonnances ainsi que pour d'autres services.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Au départ, 14 collectivités rurales ont été recommandées pour les CEC. Depuis l'ouverture du premier établissement en juillet 2011, d'autres CEC ont vu le jour à Springhill, à Tatamagouche, à Pugwash, à Annapolis Royal et à Musquodoboit Harbour. Au cours de l'exercice 2013, ce sera au tour de Musquodoboit Valley et de New Waterford d'en accueillir un, pour un total de huit CEC. La troisième phase du plan de mise en œuvre des CEC prévoit en ajouter jusqu'à six dans d'autres collectivités.

D'autres provinces et territoires, y compris la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard, ont consulté la Nouvelle-Écosse au sujet de la mise en place des CEC. En date de mars 2013, le gouvernement de la Saskatchewan avait investi 4,3 millions de dollars pour créer des CEC et le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard avait annoncé qu'il mettrait son premier CEC sur pied à Alberton. Ces efforts donnent à entendre que la pratique peut être mise en application dans d'autres administrations mais, comme les résultats se font encore attendre, il reste à savoir si ce modèle a une incidence positive dans les collectivités. Il existe également des éléments et des variantes de cette pratique à l'échelle internationale.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D<sup>r</sup> John Ross, M.D., FRCPC  
Titre : Urgentologue  
Professeur, Département de médecine d'urgence, Université Dalhousie  
Conseiller provincial pour les soins d'urgence, ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse  
Organisme : Université Dalhousie  
Courriel : [john.ross@dal.ca](mailto:john.ross@dal.ca)  
Téléphone : 902-473-2164  
Dernière mise à jour : Le 5 avril 2013

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

##### Publications :

Ross, J. (Octobre 2010). *The patient journey through emergency care in Nova Scotia: A prescription for new medicine*. Extrait de : <http://www.gov.ns.ca/dhw/publications/Dr-Ross-The-Patient-Journey-Through-Emergency-Care-in-Nova-Scotia.pdf>

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (2013). *Collaborative emergency centres* [fiche de renseignements]. Extrait de : <http://novascotia.ca/health/betterCareSooner/docs/CEC-Factsheet.pdf>

Hayden, J., Babineau, J., Killian, L., Martin-Misener, R., Carter, A., Jensen, J. et Zygmunt, A. (février 2012). *Collaborative emergency centres: Rapid knowledge synthesis*. Halifax, NS: Nova Scotia Cochrane Resource Centre. Extrait de : [http://www.nshrf.ca/sites/default/files/cec\\_rapid\\_knowledge\\_synthesis\\_full\\_report\\_2012.pdf](http://www.nshrf.ca/sites/default/files/cec_rapid_knowledge_synthesis_full_report_2012.pdf)

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (mars 2012). *Annual accountability report on emergency departments*. Extrait de : <http://novascotia.ca/dhw/publications/Annual-Accountability-Report-emergency-departments-2011-2012.pdf>

Gouvernement de la Saskatchewan. (s.d.). *Balanced growth* [points saillants du budget 2013-2014]. Extrait de : <http://www.finance.gov.sk.ca/budget2013-14/2013-14BudgetHighlights.pdf>

Currie, D. (27 mars 2013). "Collaborative Emergency Care." Prince Edward Island Legislative Assembly. 64th General Assembly, 3rd Session, p. 977. Extrait de : <http://www.assembly.pe.ca/sittings/2013spring/hansard/2013-03-27-hansard.pdf>

**External Source:** <http://novascotia.ca/health/betterCareSooner/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Process Improvement Initiative in Endoscopy (initiative d'amélioration des processus en endoscopie)

LOCATION:	Terre-Neuve-et-Labrador	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice est une stratégie provinciale destinée à diminuer les temps d'attente pour les services d'endoscopie.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2010, le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador annonçait une stratégie provinciale destinée à diminuer les temps d'attente pour les services d'endoscopie afin d'examiner les capacités du système et son habilité à gérer les volumes croissants engendrés par le nouveau programme de dépistage. Le groupe de travail régional sur la gestion des listes d'attente pour les services d'endoscopie de Central Health contribue à l'élaboration d'une stratégie régionale pour gérer les listes d'attente afin d'améliorer l'accès et de diminuer les temps d'attente pour les services d'endoscopie. Le Centre for Research in Healthcare Engineering (CRHE) s'est engagé à faciliter le processus. Le CRHE a misé sur l'utilisation de la trousse d'outil pour améliorer le processus de la coloscopie (du programme de dépistage du cancer colorectal de 2010) afin d'aider les hôpitaux à composer avec la demande accrue pour des services. À l'aide d'entrevues réalisées auprès du personnel, des processus qui vont de la réservation au congé ont été cartographiés et évalués. Une analyse des données pendant une période de six mois a révélé que la planification des interventions était déficiente et qu'un nombre important de patients ne se rendaient pas à leurs rendez-vous pour subir une endoscopie (850 personnes ne s'étaient pas présentées en l'espace de six mois).

Le leadership dynamique des champions médecins a mené à la mise en place de changements, comme la collecte centrale des aiguillages, un modèle d'une salle par médecin dans la section des endoscopies, des formulaires normalisés de surveillance des patients et des processus de rétablissement simplifiés. En mettant sur pied une collecte centrale des aiguillages, Central Health a été mieux en mesure d'évaluer les pratiques d'orientation et de mesurer les quantités d'aiguillages. La demande réelle pour des services a été déterminée en validant la liste d'attente. Les lignes directrices établies ont servi à uniformiser le formulaire et les processus d'orientation. L'accès a été amélioré en restructurant le roulement des patients et en créant un modèle à deux salles (deux médecins, deux salles). Les décideurs et le personnel ont pris les choses en main et instauré des recommandations, qu'ils ont ensuite évaluées. Afin d'améliorer l'accessibilité et de réduire les temps d'attente existants, plusieurs options ont été présentées au comité régional chargé des listes d'attente pour les endoscopies. Les options suivantes pour renforcer les capacités cliniques ont été évaluées : 1) le renforcement des capacités des médecins en ajoutant trois médecins au service d'endoscopie et la mise sur pied du modèle à deux salles; 2) la restructuration du roulement des patients afin de les préparer à l'intervention dans la salle d'attente et de les accompagner jusqu'à la salle d'intervention et d'éviter ainsi que les patients soient admis à un « lit » avant l'intervention; et 3) créer un processus pour réserver tous les cas urgents à la réception de l'aiguillage.

L'option retenue était un nouveau processus pour les réservations liées aux aiguillages. Tous les aiguillages (sauf les cas urgents) sont entrés dans une liste de cas en attente qui est à la base du processus de réservation. Les réservations pour les nouveaux patients tiennent compte de la quantité d'aiguillages par type, du prochain médecin disponible et des demandes particulières liées aux médecins. Les temps d'attente sont calculés à l'aide d'un module de planification électronique en entrant rapidement les aiguillages. Les médecins trient tous les aiguillages en fonction des degrés d'urgence normalisés.

## RÉPERCUSSIONS :

L'évaluation de l'initiative d'amélioration des processus en endoscopie comprend une analyse annuelle des données sur le rendement. Le ministère de la Santé et des Services communautaires a collaboré avec Central Health afin de concevoir des indicateurs de rendement clés dans le but de mesurer l'efficacité, l'accessibilité et l'efficacités. En ce qui concerne les taux



d'aiguillage (urgents et non urgents combinés), le nombre de personnes en attente pour une coloscopie a diminué, en passant de 1 139 en décembre 2011 à 864 en décembre 2012, tandis que la quantité d'aiguillages pour des coloscopies a augmenté, en passant de 14 en décembre 2011 à 43 en décembre 2012. Il y a également eu des améliorations importantes dans les taux d'accessibilité pour les coloscopies urgentes pendant cette période d'un an : les coloscopies (50<sup>e</sup> centile) sont passées de 30 à 18 de 2011 à 2012, tandis que les coloscopies (90<sup>e</sup> centile) sont passées de 237 à 29 pendant la même période.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les réussites de la mise en place s'étendront aux trois degrés d'urgence qui restent, à un deuxième site d'aiguillage ainsi qu'à d'autres services au sein de Central Health.

#### PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : Tracy MacDonald

Titre : Gestionnaire régionale des temps d'attente

Organisme : Central Health

Courriel : [Tracy.macdonald@centralhealth.nl.ca](mailto:Tracy.macdonald@centralhealth.nl.ca)

Nom : Judy Budgell

Titre : Conseillère provinciale pour les temps d'attente – Division de l'accès et de l'efficacité clinique

Organisme : Ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

Courriel : [judy.budgell@centralhealth.nl.ca](mailto:judy.budgell@centralhealth.nl.ca)

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

##### Autres :

- Newfoundland & Labrador Department of Health and Community Services. (4 mars 2011). *Progress continues in addressing wait times for health care services* [communiqué de presse]. Extrait de : <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2011/health/0304n02.htm>
- MacDonald, T. et Budgell, J. (mars 2013). *Leadership and sustainable change: A process improvement initiative in endoscopy*. Présentation par affiches dans le cadre de la conférence « Maîtriser les files d'attente », Ottawa, Ontario.
- <http://www.health.gov.nl.ca/health/>

External Source: <http://www.centralhealth.nl.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

## Le projet Orthopedic Central Intake (accueil centralisé en orthopédie)

LOCATION:	Terre-Neuve-et-Labrador	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

VIDÉO : Cette pratique novatrice a été mise en vedette par le Conseil canadien de la santé dans sa série de vidéos « Innovations qui réduisent les temps d'attente » sur le site : [www.conseilcanadiendelasante.ca/tempsdattente](http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tempsdattente)

### APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à faciliter l'orientation des patients en orthopédie vers le prochain chirurgien disponible en effectuant un suivi de l'état d'avancement de l'aiguillage et en amenant tous les fournisseurs de soins de santé à participer tout au long du processus.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Avant 2011, la population de Terre-Neuve-et-Labrador avait de la difficulté à avoir un accès adéquat et coordonné pour consulter un chirurgien orthopédiste. En réponse aux plaintes reçues à l'égard des temps d'attente excessivement longs, des pratiques d'orientation inefficaces et de l'insatisfaction des patients, Eastern Health a invité de nombreux intervenants du domaine des soins de santé à discuter des moyens à prendre pour réorganiser le système d'aiguillage orthopédique afin d'accroître l'accès aux soins, de diminuer les délais d'attente et de simplifier le processus d'orientation. Après avoir tenu de nombreuses discussions avec les intervenants, visité d'autres administrations qui ont en place un processus d'accueil centralisé et consulté les repères nationaux liés aux temps d'attente pour les remplacements articulaires, Eastern Health a conçu le projet Orthopedic Central Intake (OCI). Lancée en 2010, cette initiative vise principalement à créer un algorithme pour un accueil centralisé afin d'orienter les patients — en fonction de l'urgence de leurs cas — vers le prochain chirurgien disponible, de suivre l'état d'avancement de l'aiguillage et d'amener tous les fournisseurs de soins de santé à participer tout au long du processus. Le projet Orthopedic Central Intake mettait à contribution sept chirurgiens orthopédistes, 316 médecins d'Eastern Health ainsi que de nombreux membres de professions paramédicales dans tous les aspects de la conception du processus, de la mise sur pied du projet pilote et de l'analyse des résultats.

Après la présentation du budget en novembre 2010, le responsable du projet a invité les intervenants à prendre part à des discussions afin de parvenir à une compréhension commune de l'accueil centralisé. Cette compréhension a servi à concevoir un formulaire d'orientation des patients à un point d'entrée unique qui a été mis en application en avril 2011. Après avoir déterminé les indicateurs de rendement clés, des groupes de travail s'affairent à évaluer l'incidence du nouveau système d'aiguillage au sein des structures existantes et à cerner les points à améliorer. Le projet Orthopedic Central Intake en est à la troisième année de son plan triennal et les résultats sont en voie d'être mesurés.

### RÉPERCUSSIONS :

Le projet Orthopedic Central Intake a permis d'améliorer les temps d'attente, de simplifier le processus d'orientation et d'optimiser la communication entre les fournisseurs de soins de santé. Les intervenants ont contribué à l'élaboration d'algorithmes détaillés afin de guider le processus décisionnel, uniformisé les critères de triage, défini clairement la demande pour le prochain chirurgien orthopédique disponible dans toutes les sous-spécialités et amélioré la transparence afin de communiquer rapidement des données sur l'accès et les temps d'attente.

Des indicateurs de rendement clés ont été déterminés le long du continuum de soins afin de mesurer l'efficacité, l'accessibilité, la pertinence et l'efficacité. Les résultats sont publiés dans des rapports d'évaluation et des exposés. La diminution des délais d'attente déclarés est au nombre des incidences positives. En ce qui concerne les orientations hautement prioritaires, un délai d'attente médian de 325 jours a été réduit à 91 jours (une diminution



de 72 %). Quant aux aiguillages courants, le délai d'attente médian a été réduit à 179 jours (une diminution de 45 %). Les indicateurs ont également révélé un taux de conformité de 80 % tandis que 63 % des médecins de famille ont recours à la méthode du prochain chirurgien disponible.

Ces efforts déployés dans le but d'améliorer l'accès aux soins s'inscrivent dans l'engagement pris en 2011 par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador à réduire les temps d'attente pour les remplacements articulaires, qui renforce la stratégie de 2012 de ce même gouvernement qui vise à diminuer les temps d'attente pour le remplacement de la hanche et du genou.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Pour les planificateurs et les administrations qui aimeraient adapter cette pratique dans leur propre milieu, la réussite du projet Orthopedic Central Intake réside dans la détermination adéquate des principes qui régissent la gestion du changement. Le changement de processus a commencé par la participation et la mobilisation précoce des principaux intervenants qui possédaient des antécédents intéressants sur le plan clinique et en matière de services de santé. Il a été suivi par l'élaboration d'une vision commune de la forme que prendrait l'accueil centralisé dans le contexte de leur autorité régionale de la santé et de leur spécialité orthopédique. Les efforts se sont ensuite concentrés sur la communication afin de rallier les parties concernées, puis sur la mobilisation des intervenants en donnant une rétroaction et en dressant un plan d'action qui interpellerait tous les intervenants.

Le développement des technologies de l'information (TI) a également été essentiel à la réussite de ce projet. D'ailleurs, les intervenants ont fait remarquer que plusieurs systèmes de bases de données étaient déjà en place, mais que leurs capacités de recueillir et mesurer tous les résultats pertinents étaient limitées. Il fallait donc une collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et le personnel de soutien des TI tout au long des étapes de la conception et de la mise en place du projet afin de créer et de gérer un système de bases de données électroniques adéquat qui pouvait être intégré aux pratiques quotidiennes.

Les plans actuels comprennent l'élaboration de directives cliniques pour les interventions non chirurgicales ainsi que la création d'une équipe interprofessionnelle formée d'intervenants chirurgicaux et non chirurgicaux qui travaillent ensemble dans le but de parvenir à une approche plus coordonnée, accessible et adéquate à l'égard de la prestation des soins de santé. Une initiative similaire pour établir des repères et pour diminuer les temps d'attente pour les chirurgies a été mise sur pied en Saskatchewan de façon isolée. Le projet Orthopedic Central Intake peut donc être transféré dans d'autres provinces et territoires à condition qu'il y ait un solide soutien pour les TI et une bonne communication entre tous les membres du personnel concernés.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Michelle Alexander  
Titre : Responsable du projet, Orthopédie  
Organisme : Eastern Health  
Courriel : [michelle.alexander@easternhealth.ca](mailto:michelle.alexander@easternhealth.ca)  
Téléphone : 709-777-1320  
Dernière mise à jour : Le 24 mars 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

#### Publications :

Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). A collection of referral and consultation process improvement projects. Extrait

de :

[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)

Terre-Neuve-et-Labrador. (2012). A strategy to reduce hip and knee joint replacement surgery wait times in Newfoundland and Labrador. Extrait de :

[http://www.health.gov.nl.ca/health/wait\\_times/orthopedic\\_wait\\_times\\_strategy.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/wait_times/orthopedic_wait_times_strategy.pdf)

External Source:

[http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Taming\\_of\\_the\\_Queue\\_English/2012Poster-OrthopedicCentralIntakePoster.sflb.ashx](http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Taming_of_the_Queue_English/2012Poster-OrthopedicCentralIntakePoster.sflb.ashx)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Saskatchewan's Clinical Practice Redesign (CPR) (remaniement de la pratique clinique de la Saskatchewan)

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Dans le cadre de l'Initiative chirurgicale de la Saskatchewan, l'Association médicale de la Saskatchewan (AMS), le Conseil provincial sur la qualité des soins de santé et le ministère de la Santé ont inauguré en 2007 une initiative conjointe intitulée *Saskatchewan Clinical Practice Redesign* (CPR) (remaniement de la pratique clinique (RPC) de la Saskatchewan). Ce programme aide les professionnels de la santé à améliorer les communications, à rationaliser les méthodes des cabinets médicaux et à mettre à profit le temps de tous les employés, créant ainsi un milieu de travail plus acceptable et la possibilité de prodiguer des soins de qualité plus rapidement. Le RPC constitue un ensemble d'outils et de méthodologies qui permettent d'améliorer l'accès aux soins, les communications, les méthodes des cabinets médicaux et l'efficacité entre les cabinets médicaux et d'autres fournisseurs de soins de santé. Les médecins peuvent avoir accès aux outils de RPC et les modifier afin de répondre à leurs propres besoins et d'aborder leurs défis uniques. Certains outils de RPC comportent des stratégies sur ce qui suit :

- la répartition du temps pour les rendez-vous fixés;
- la gestion des manquants au rendez-vous;
- les appels de rappel pour les patients.

Les médecins inscrits au programme ont la possibilité d'examiner les défis liés à leur pratique avec un formateur désigné en milieu de travail pour le RPC, ainsi que de concevoir un plan d'action adapté afin d'améliorer l'efficacité des méthodes courantes des cabinets médicaux. Dans l'ensemble, le RPC est structuré en vue d'atteindre quatre objectifs principaux :

- améliorer l'expérience du patient;
- améliorer l'accès et l'efficacité au sein des milieux de pratique;
- améliorer l'accès et l'efficacité parmi les milieux de pratique;
- améliorer l'expérience du personnel.

## RÉPERCUSSIONS :

Le RPC est en cours dans diverses pratiques et cliniques. Il comporte un système en ligne, TransformMyPractice.ca, grâce auquel les médecins et les chirurgiens peuvent faire le suivi et l'évaluation de leurs progrès. Un exemple de réussite de la mise en œuvre du RPC est la clinique des troubles du sommeil de la région sanitaire Qu'Appelle de Regina. Après la mise en œuvre du RPC, on a demandé aux patients de la rétroaction concernant leur expérience. Selon les résultats du sondage en 2010-2011, 62 p. cent des patients de cette clinique des troubles du sommeil ont indiqué leur grande satisfaction concernant leur expérience clinique après la mise en œuvre des outils du RPC.

Des entrevues avec d'autres patients ont révélé leur satisfaction à l'égard de l'accès aux soins. Par exemple, un communiqué du SMA dressait le portrait d'un patient qui avait besoin d'un accès rapide aux soins après une blessure à la jambe. Il était très impressionné par la rapidité avec laquelle il a pu fixer un rendez-vous et recevoir le traitement dont il avait besoin à l'aide du programme d'accès amélioré, qui fait partie du RPC. Il a attribué son expérience positive à la participation de son médecin à la procédure de réservation préalable et au RPC. Les médecins se sont également montrés satisfaits de leur expérience, en déclarant que le RPC les a aidés à mieux gérer et établir la priorité de leurs cas afin d'améliorer le flux des patients et de réduire les temps d'attente. La plupart des chirurgiens ont manifesté un intérêt concernant le développement des services de RPC.





## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien que des volets du RPC, comme le programme d'accès amélioré, aient été mis en œuvre précédemment au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans d'autres provinces au Canada (Nouvelle-Écosse), la Saskatchewan est la première compétence à mettre en œuvre le RPC en tant qu'approche holistique concernant les soins aux patients et l'amélioration de la qualité dans l'ensemble des services de santé.

La mise en œuvre du RPC s'est répandue partout dans la province. En date de mars 2012, 63 cliniques en Saskatchewan, comportant près de 100 cliniciens et 350 membres du personnel, utilisaient activement cette pratique innovatrice. De nombreux établissements ont manifesté leur intérêt à l'égard du RPC et recrutent actuellement des formateurs en milieu de travail pour le RPC afin de les aider à mieux déterminer de quelle façon le RPC peut améliorer leurs pratiques.

La transférabilité de cette pratique s'avère possible. Toutefois, les besoins liés aux caractéristiques particulières de chaque clinique, notamment le nombre de patients et les données démographiques, doivent être pris en considération. De plus, on doit également tenir compte de la réflexion d'ordre plus général des médecins et du personnel en ce qui concerne la prestation d'un accès le même jour et les efforts visant la réduction des temps d'attente (ou aucun temps d'attente).

## Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web pertinents suivants :

- Gouvernement de la Saskatchewan. (mars 2012). *The Sooner, safer, smarter newsletter*.  
<http://www.health.gov.sk.ca/s3-mar-2012>
- Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*.  
[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)
- Association médicale de la Saskatchewan. (automne 2010). *New initiative to spread tools and principles to Saskatchewan practices*. Tiré du *SMA News Digest*. <https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=329>
- Hudec, J.C. (2010). *Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use*. *Canadian Family Physician*, vol. 56, n° 10, e361–e367.  
<http://www.cfp.ca/content/56/10/e361.full>
- *Clinical practice redesign (CPR)* [Notes de présentation].  
<http://www.qualitysummit.ca/documents/W3-Clinical-Practice-Redesign.pdf>
- Association médicale de la Saskatchewan. *Clinical practice redesign (CPR)* [site Web du projet].  
<https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&lang=1&pre=view>

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lisa Clatney  
Titre : Directrice de programme  
Organisme : Conseil sur la qualité des soins de santé  
Courriel : [lclatney@hqc.sk.ca](mailto:lclatney@hqc.sk.ca)  
Téléphone : 306-668-8810, poste 106

Dernière mise à jour : février 2013

**External Source:** <https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&lang=1&pre=view>





Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Advanced Access for Family Physician Appointments in Manitoba (Accès avancé pour les rendez-vous avec les médecins de famille au Manitoba)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'initiative Advanced Access a été mise sur pied au Manitoba à compter de 2007 afin d'apaiser les inquiétudes suscitées par les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille et par la surutilisation des services d'urgence dans la province. L'initiative Advanced Access, qui a été créée aux États-Unis par le D<sup>r</sup> Mark Murray, un médecin de famille, a été mise en œuvre dans de nombreuses cliniques aux États-Unis et dans plus de 30 pays, y compris dans plusieurs provinces canadiennes. L'initiative Advanced Access vise à éliminer les temps d'attente des patients pour obtenir des rendez-vous et à réduire au minimum le temps que passe un patient à un rendez-vous.

La mise en place de l'initiative Advanced Access a été un cheminement unique pour chaque clinique du Manitoba. Les cliniques établissent et consultent des objectifs d'efficacité et des calendriers de mise en œuvre individuels en fonction de l'évaluation de leurs besoins et capacités. Les effectifs des cliniques travaillent en collaboration avec des experts afin d'apprendre comment mettre en application les principes Advanced Access, mesurer leurs progrès et échanger des idées et des connaissances qui permettront d'offrir les meilleurs soins aux patients. Santé Manitoba a retenu les services d'experts afin d'assurer la formation Advanced Access dans la province et un modèle de formation des formateurs est utilisé pour élargir les capacités de formation.

Depuis 2007, des effectifs dans plus de 50 cliniques ont été formés afin de mettre sur pied l'initiative Advanced Access grâce au programme de formation parrainé par le gouvernement. Le Manitoba a pour objectif de soutenir 75 % des cliniques de soins primaires dans la province à l'aide de la formation et de la mise en place de cette initiative d'ici 2015. L'initiative Advanced Access est actuellement mise en œuvre dans le cadre des programmes des offices régionaux de la santé (santé mentale, gestion des maladies chroniques) qui fonctionnent également avec des rendez-vous.

## RÉPERCUSSIONS :

La formation des équipes d'amélioration cliniques aux méthodes Advanced Access s'étend sur une période de 12 à 14 mois. Chaque clinique est appelée à faire un exposé sur les temps d'attente avant et après la formation. À l'heure actuelle, Santé Manitoba ne recueille pas en permanence des données sur les temps d'attente de la part des cliniques participantes. La province se penche sur des stratégies pour aborder cette question et prévoit une évaluation officielle des quatre premières phases du programme (2007-2012) en 2013-2014.

Bien que des données cumulatives sur l'accès et les temps d'attente et les résultats pour les patients ne soient pas recueillis en ce moment, des cliniques en particulier ont obtenu des résultats encourageants. À l'aide du modèle Advanced Access, des cliniques du Manitoba ont fait des progrès importants en diminuant les temps d'attente pour obtenir des rendez-vous grâce à des stratégies qui consistent notamment à :

- réduire les types de rendez-vous (par exemple les consultations prénatales, les tests Pap, les examens physiques de routine) à deux — les longs et les courts — afin de permettre des horaires plus souples;
- diminuer le nombre de patients qui omettent de se présenter à l'aide de rappels téléphoniques;
- munir toutes les salles d'examen du même matériel afin de diminuer les retards occasionnés par la recherche d'outils nécessaires aux cliniciens;



- clarifier les rôles afin de permettre à tous les membres de l'équipe de donner leur pleine mesure;
- aborder les questions liées aux politiques et aux pratiques cliniques afin de s'assurer qu'il n'y ait jamais plus de la moitié des médecins qui s'absentent de leur travail.

L'une des difficultés éprouvées au Manitoba dans la mise sur pied de l'initiative Advanced Access est l'engagement que doivent prendre les membres de l'équipe d'amélioration à suivre une formation de huit jours, qui freine les inscriptions dans certaines cliniques en raison de la charge de travail ou des incidences financières. En outre, certaines équipes d'amélioration au sein des cliniques participantes ont eu de la difficulté à rallier le personnel et les médecins afin de mettre les changements en application. Dans d'autres cas, l'élan des cliniques s'est essouffé en raison du roulement du personnel.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les études internationales réalisées dans ce domaine ont donné à entendre que le recours aux stratégies Advanced Access a permis de réduire avec succès les délais et d'améliorer, en retour, la conformité aux directives de prévention, les soins prodigués aux patients atteints de maladies chroniques ainsi que la détection précoce des maladies graves.

L'initiative Advanced Access est mise en application un peu partout au Canada. Le programme, qui est présent en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Alberta, fait ses premiers balbutiements en Ontario et dans le Canada atlantique. Le Manitoba et l'Alberta (le programme AIM) ont travaillé en étroite collaboration et mis sur pied des programmes très similaires à l'initiative Advanced Access. Les deux provinces ont retenu les services de Mark Murray, le créateur de l'initiative Advanced Access, qui agira en tant que formateur principal. L'Alberta a pu offrir au Manitoba des outils et des consultations liés à la stratégie et aux leçons retenues.

#### TOUT LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

- Fournier, J., Heale, R. et Rietze, L. (2012). "I can't wait": Advanced Access decreases wait times in primary healthcare. *Healthcare Quarterly*, vol. 15, n° 1, 64–68. <http://www.longwoods.com/content/22763>
- Manitoba Health. (s.d.). Primary care. Advanced Access: Frequently asked questions. [http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/aa\\_faq.html](http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/aa_faq.html)
- Manitoba Health. (s.d.). Primary care information package. <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/package.html>
- Manitoba Health. (s.d.). Primary care. Advanced Access: Success stories. <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/success.html>
- Vyse, R. (communication : entrevue et rétroaction, 7 février 2013). (Responsable du projet, Santé Manitoba)
- Anderson, K (communication : entrevue et rétroaction, 7 février 2013). (Conseillère, Santé Manitoba)

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Roberta Vyse  
Titre : Responsable du projet  
Organisme : Santé Manitoba  
Courriel : [Roberta.vyse@gov.mb.ca](mailto:Roberta.vyse@gov.mb.ca)  
Téléphone : 204-788-6340

Dernière mise à jour : 28 janvier 2013

**External Source:** <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/advancedaccess.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management (itinéraire vers les soins : mesure et gestion de l'orientation et du temps d'attente)

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management est une initiative instaurée dans l'ensemble de la province qui vise à améliorer l'accès et à diminuer les temps d'attente pour les services de soins de santé et les aiguillages en Alberta. Le programme a évolué, en partie, à partir des initiatives de gestion des temps d'attente de l'Alberta, qui ont favorisé la recherche et le développement réalisés dans la province de 2007 à 2010 dans le but d'améliorer l'accès. Le programme a également des racines dans les travaux de l'Alberta destinés à améliorer l'accès et à diminuer les temps d'attente dans le cadre du Transformational Improvement Program (TIPs) — Improving Access, Reducing Wait Times (programme d'amélioration transformationnelle : améliorer l'accès, diminuer les temps d'attente) qui s'inscrit dans le plan d'action quinquennal pour la santé de l'Alberta, qui s'étend de 2010 à 2015.

Échelonné sur cinq ans, le programme Path to Care en est à sa deuxième année d'existence. Les objectifs précis du programme sont les suivants : améliorer l'accès et diminuer les temps d'attente; procéder à une restructuration des services dans l'ensemble des processus communs qui ont des incidences sur l'accès à tous les soins primaires, aux cinq zones et aux réseaux cliniques stratégiques en Alberta; uniformiser les éléments des critères qui touchent à l'aiguillage et au triage dans l'ensemble des secteurs de programme; instituer des politiques opérationnelles cohérentes en ce qui concerne les délais de réponse des services et les communications aux patients et aux fournisseurs; accroître la transparence sur le plan de la prestation des services et des temps d'attente; et améliorer le suivi des demandes ainsi que les rapports sur la situation.

Le programme particulier rattaché à la gestion des aiguillages comporte les étapes suivantes : restructurer les services; mettre au point les normes d'orientation et les cibles d'accès déterminées par la province en fonction de la population ou de l'itinéraire vers les soins; et automatiser le processus d'orientation grâce à un aiguillage par voie électronique. Ces travaux abordent les difficultés actuelles occasionnées par la variabilité des processus d'orientation et de communication, c'est-à-dire l'absence de processus d'orientation uniformisés et le manque de transparence quant à l'état d'avancement des aiguillages, les problèmes de gestion des capacités associés à l'offre et à la demande pour les services connexes et le processus d'orientation manuel.

Alberta Health Services amorce une phase de mobilisation et de conception cliniques afin de définir l'expérience liée à l'aiguillage par voie électronique en Alberta. Un portail Web servira à automatiser le processus d'orientation. À court terme, les utilisateurs de l'Alberta Netcare Portal pourront créer et gérer des aiguillages au sein du portail Netcare. Les plans à long terme prévoient l'intégration de l'Alberta Netcare Portal à des applications cliniques comme les dossiers médicaux électroniques, les systèmes de programmation des rendez-vous et le portail destiné aux patients. Alberta Health Services procédera à une mise en œuvre limitée de l'aiguillage électronique dans la province pour les chirurgies des genoux et des hanches et les traitements contre le cancer du sein et du poumon à compter de novembre 2013. Ces parcours cliniques ont été choisis parce qu'ils sont déjà accompagnés de lignes directrices déterminées par la province, ils ont déjà fait l'objet d'une restructuration des processus opérationnels et ils ont des champions cliniques attirés. Une analyse de rentabilité et un plan de mise en œuvre en vue du déploiement provincial de la plate-forme pour l'aiguillage par voie électronique et les temps d'attente, en dehors de la production limitée, est déjà en cours de mise au point.

## RÉPERCUSSIONS :

Les données probantes sur l'efficacité et l'efficacité des aiguillages par voie électronique proviennent principalement des



études de cas internationales étant donné qu'aucun examen systématique ni essai contrôlé randomisé n'a été publié afin de quantifier avec certitude l'incidence des systèmes d'aiguillage électronique. Selon ces données, les aiguillages par voie électronique ont contribué à éliminer les risques associés aux processus manuels d'acheminement du travail et ont diminué de façon considérable les inefficacités dans le système de soins de santé, le chevauchement ainsi que les erreurs de transcription. Pratiquement toutes les initiatives d'aiguillage électronique ont permis d'améliorer l'accès aux services, d'accroître les capacités du système de soins de santé et de diminuer les temps d'attente pour les patients.

Une évaluation officielle du programme Path to Care de l'Alberta, y compris une analyse des avantages et de la rentabilité des investissements, est en cours de mise au point. L'évaluation se penchera sur les retombées du programme Path to Care sur toutes les dimensions de la qualité, c'est-à-dire l'accès, la pertinence, l'acceptabilité, l'efficacité, la sécurité et l'efficacité.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Alberta Health Services mise sur les travaux accomplis dans le but de diminuer la variabilité dans le processus d'orientation et de l'automatiser comme aux États-Unis (San Francisco General Hospital, Cook County Health and Hospital System, Boston Medical Centre, Harvard University/Partners Health System), au Danemark (MedCom-Projects), en Australie (Australia Capital Health) et en Nouvelle-Zélande (Hut Valley District Health Board).

Le processus d'orientation d'Alberta Health Services n'a pas été mis en place ailleurs. L'initiative pourrait théoriquement être appliquée et transférée ailleurs.

#### **Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :**

- Alberta Health Services. (2012). *Closed loop referral management in Alberta: Draft white paper*. Edmonton, AB. (document interne).
- Alberta Health Services. (2012). *Path to Care: Opportunity assessment* [document interne].
- Bichel, A. (communication personnelle : entrevue et rétroaction, 11 décembre 2012). [Alberta Health Services]

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Allison Bichel, M.H.P., M.B.A.

Titre : Directrice exécutive, Accès

Organisme : Alberta Health Services

Courriel : [allison.bichel@albertahealthservices.ca](mailto:allison.bichel@albertahealthservices.ca)

Téléphone : 403-617-6642

**External Source:** <http://www.albertahealthservices.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse – Déclaration des temps d'attente

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:		CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) comporte un indicateur de rendement relativement aux temps d'attente à l'échelle nationale concernant l'intervalle de diagnostic. Dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse (PDCSNE), on a prolongé la déclaration des temps d'attente au-delà de l'intervalle de diagnostic. On rend compte de neuf indicateurs qui permettent d'effectuer le suivi de l'expérience relative aux temps d'attente réels des patients tout au long du continuum des soins de santé pour le cancer du sein, allant du dépistage à la chirurgie. Les indicateurs comprennent : 1) la date du premier appel d'un client au centre des rendez-vous jusqu'à la date de rendez-vous pour le dépistage; 2) la date de la mammographie de dépistage jusqu'à la date de la mammographie préparatoire; 3) la date de la mammographie de dépistage jusqu'à la date du rapport parachevé; 4) la date du rapport parachevé jusqu'à la date de la mammographie préparatoire; 5) la date de réception d'une demande jusqu'à la date d'une mammographie diagnostique urgente ou semi-urgente; 6) la date de la procédure de mammographie diagnostique la plus récente jusqu'à la date de la microbiopsie à l'aiguille; 7) la date de la mammographie de dépistage jusqu'à la date de la microbiopsie à l'aiguille; 8) la date de la mammographie préparatoire jusqu'à la date de la microbiopsie à l'aiguille; et 9) la date de la microbiopsie à l'aiguille jusqu'à la chirurgie pour un cancer du sein. Les résultats sont présentés au public à l'aide du site Web sur les temps d'attente à l'échelle provinciale et directement aux gestionnaires et au personnel au sein des services de mammographie. On indique le rendement des établissements par rapport à la cible nationale, la moyenne provinciale et tous les autres établissements. Le PDCSNE saisit les données dans la mesure où il est possible de répartir l'indicateur national en temps d'attentes bien précis et de déterminer où il peut exister des congestions le long de la trajectoire clinique.

## RÉPERCUSSIONS :

Le PDCSNE a adopté l'utilisation de l'analyse rétrospective afin d'améliorer la diffusion de l'information sur les temps d'attente. Généralement, on effectue le calcul des 50<sup>e</sup> (médiane) et 90<sup>e</sup> percentiles pour chaque indicateur dans un trimestre civil. La déclaration des temps d'attente est souvent considérée comme une mesure de transparence envers le public. Dans le cadre du PDCSNE, on a saisi l'occasion d'échanger l'information sur les temps d'attente directement avec le personnel soignant. Ce niveau d'engagement s'est révélé efficace, puisque les membres du personnel sont davantage soucieux des objectifs en fonction desquels ils sont évalués. Également, les établissements ayant un mauvais rendement ont davantage tendance à faire appel au PDCSNE, en recherchant des moyens d'améliorer leur rendement.

La répartition des indicateurs des temps d'attente en éléments plus petits a également aidé à améliorer les temps d'attente. Les membres du personnel spécialisé (p. ex. les radiologistes) s'approprient certains temps d'attente (p. ex. les temps de déclaration), ce qui signifie que leur rendement est le facteur principal de cet élément. Par conséquent, un sentiment d'appartenance et de responsabilité concernant les temps d'attente s'est développé au sein du personnel dans l'ensemble de la province. Depuis la mise en place de la déclaration régulière des temps d'attente pour tous les services de mammographie en Nouvelle-Écosse, il y a eu une amélioration notable concernant les temps d'attente et une diminution de l'écart entre les établissements.

Au cours du quatrième trimestre de 2010, alors que cette pratique venait tout juste d'être amorcée, cela a pris 41 jours pour 90 p. cent des patients en Nouvelle-Écosse afin d'avoir une mammographie préparatoire après un dépistage anormal. En date du quatrième trimestre de 2012, ce temps d'attente a été réduit à 26 jours pour 90 p. cent des patients en Nouvelle-Écosse.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

À ce jour, dans le cadre du PDCSNE, nous ne sommes pas au courant de la mise en œuvre officielle de cette approche à un autre emplacement.



Cette pratique a permis une sensibilisation concernant les temps d'attente des patients et les cibles en matière de temps d'attente pour les fournisseurs de soins de santé de première ligne offrant les services qui font l'objet d'une évaluation. Peu importe si la présentation de l'information sur les temps d'attente n'améliore pas à elle seule le rendement, l'accessibilité de l'information constitue la première étape pour susciter un changement positif et créer un environnement qui favorise les idées nouvelles à tous les échelons de l'organisme.

Bien que la déclaration des percentiles médians et 90<sup>e</sup> percentiles ne soit pas nouvelle, la diffusion de l'information sur les temps d'attente pour les mammographies directement aux fournisseurs de soins de santé constituait une approche mise à l'essai en Nouvelle-Écosse.

**Le contenu a été adapté des sources et des sites Web pertinents suivants :**

- <http://waittimes.novascotia.ca>
- Duggan, R. Contenu extrait de la présentation d'un résumé lors du Symposium national sur les soins intégrés du Conseil de la santé (2012).

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Ryan Duggan

Titre : Analyste de données et coordonnateur de projet

Organisme : Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse

Courriel : [Ryan.Duggan@cdha.nshealth.ca](mailto:Ryan.Duggan@cdha.nshealth.ca)

Numéro de téléphone : 902-488-0839

Dernière mise à jour : 12 avril 2013

**External Source:** <http://breastscreening.nshealth.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# myDDSNetwork Collaborative Model for Dentistry Referrals (modèle de collaboration myDDSNetwork pour les aiguillages dentaires)

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Dans le domaine des soins dentaires, le processus d'orientation se fait encore sur papier la plupart du temps, ce qui limite la transmission intégrale et rapide de renseignements sur les patients à d'autres praticiens dans le cercle de soins.

L'initiative myDDSNetwork a été lancée en 2008 afin de favoriser l'échange de renseignements personnels sur la santé ainsi que la collaboration entre les fournisseurs de soins dentaires. Le réseau avait les objectifs suivants : améliorer les soins aux patients, perfectionner la continuité des soins dans un contexte de fournisseurs multiples, réduire le coût et la durée de la prestation des soins et permettre un transfert en temps réel des renseignements personnels sur la santé afin d'enrichir les connaissances cliniques dans un environnement sûr et conforme à la réglementation.

L'Association dentaire canadienne (ADC) a reconnu la nécessité pour les professionnels de la santé buccodentaire de disposer d'un environnement numérique normalisé pour échanger des renseignements cliniques, y compris des radiographies. À la fin de 2012, l'initiative myDDSnetwork a été mise sur pied dans le cadre d'un partenariat avec l'ADC, l'Inforoute Santé du Canada, Continovation Services Inc. (CSI) et myDDSnetwork Ltd. Tous les dentistes au Canada auront maintenant accès à une plate-forme normalisée d'orientation et de consultation par voie électronique pour échanger des renseignements personnels sur la santé. L'inscription de tous les dentistes canadiens et de leurs équipes de soins est en cours.

L'initiative myDDSnetwork prend les processus administratifs en place qui sont rattachés au processus d'orientation ou de consultation et les reproduit dans un environnement numérique en temps réel. Le réseau, qui peut être utilisé dans tous les cabinets dentaires, couvre toutes les opérations sur papier et sans papier. Le réseau myDDSnetwork peut faciliter l'accès des patients aux renseignements sur leur propre aiguillage.

## RÉPERCUSSIONS :

Les avantages du projet d'orientation et de consultation par voie électronique de l'ADC seront évalués de façon continue. Une évaluation officielle des avantages sera réalisée à la fin de 2013.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle d'aiguillage dentaire est très similaire à la relation actuelle entre les généralistes et les spécialistes dans le système médical et à la relation actuelle entre les intervenants paramédicaux et médicaux. Le processus d'authentification, les outils d'acheminement des travaux cliniques et les permissions axées sur les rôles du réseau myDDSnetwork peuvent être adaptés et adoptés afin de permettre aux praticiens, aux patients et aux intervenants de collaborer aux renseignements personnels sur la santé.

La plate-forme myDDSnetwork a été utilisée pour favoriser l'échange de renseignements personnels sur la santé dans les dossiers médicaux électroniques entre les hôpitaux et les cabinets de médecins en Ontario.

L'expansion future du modèle myDDSnetwork actuel favorisera l'échange de renseignements personnels sur la santé avec différents utilisateurs, comme les patients et les acteurs de l'industrie. L'intégration avec les systèmes de gestion des pratiques sera facilitée sur le plan de l'acheminement du travail.

## LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :





- Glaizel, J. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national sur les soins de santé du Conseil canadien de la santé (2012).

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Jeff Glaizel  
Titre : Président et chef de la direction  
Organisme : myDDSnetwork Ltd.  
Courriel : [drjeff@myddsnetwork.com](mailto:drjeff@myddsnetwork.com)  
Téléphone : 416-579-9679

Dernière mise à jour : 12 avril 2013

**External Source:** <http://www.ereferralpilot.com/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Le groupe de travail national sur les modèles de soins musculosquelettiques et la feuille de travail maîtresse de l'Alliance de l'arthrite du Canada

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Comme les maladies musculosquelettiques sont très variées et onéreuses, une multitude de modèles de soins ont été proposés et adoptés un peu partout au Canada afin de répondre à un besoin pour des soins plus ciblés. Par contre, l'émergence d'un si grand nombre de modèles a rendu les pratiques moins efficaces et a engendré la nécessité de suivre une approche plus systématique de la prestation des soins de santé. De nombreux intervenants dans le domaine des soins de santé, dont l'Alliance de l'arthrite du Canada et l'Association canadienne d'orthopédie, ont formé un groupe de travail afin d'échanger des connaissances et de discuter de la portée des modèles de soins musculosquelettiques proposés aux quatre coins du pays. Le groupe de travail vise à déterminer l'importance et l'applicabilité des modèles de soins pour le traitement des maladies musculosquelettiques et à concevoir un cadre stratégique fondé à la fois sur des données probantes et sur le consensus. Ce cadre permettra aux professionnels de la santé de l'ensemble du Canada de privilégier les modèles de soins les plus efficaces.

Créé en 2011, le groupe de travail sur les modèles de soins musculosquelettiques s'est réuni régulièrement cette même année. La première rencontre a été capitale pour déterminer l'importance des modèles de soins dans le traitement des maladies musculosquelettiques et pour rallier les principaux dirigeants nationaux. Le groupe de travail a eu comme première tâche de parvenir à une compréhension commune des modèles de soins existants et à une entente sur l'importance des modèles de soins pour le traitement des maladies musculosquelettiques. Après avoir obtenu le soutien des principaux dirigeants nationaux, le groupe a concentré ses efforts sur l'établissement des critères systématiques pour élaborer le cadre. Le cadre fondé sur le consensus a ensuite été validé avant d'être approuvé par le gouvernement fédéral à l'échelle nationale.

## RÉPERCUSSIONS :

Le groupe de travail a eu du mal à élaborer le cadre compte tenu de l'abondance des modèles de soins existants et des lacunes actuelles qui sont liées à la prestation des soins de santé. Le groupe a néanmoins réussi à établir les critères de base pour le cadre et à obtenir un soutien à l'échelle nationale afin de créer le cadre et d'en vanter les mérites. Les intervenants ont réussi à concevoir un cadre fondé sur des données probantes qui a mené à la création d'une feuille de travail maîtresse. La feuille de travail maîtresse aide les concepteurs de modèles à évaluer l'exhaustivité des modèles de soins, à suggérer des améliorations et à évaluer l'état de préparation pour prendre de l'expansion. Elle indique également les principales composantes d'un modèle de soins réussi que les médecins peuvent utiliser pour créer leurs propres modèles personnalisés.

Soumise à un essai en avril 2012, la feuille de travail a suscité des commentaires positifs de la part d'experts qui possèdent de l'expérience avec l'utilisation et la conception de modèles de soins. La feuille de travail met en évidence des étapes comme procéder à une évaluation des besoins de la population, créer des partenariats locaux et s'assurer que le modèle de soins soit fondé sur des données probantes. Cette ressource contient également des conseils pour employer un langage commun et pour aborder les liens entre la qualité, l'accès et les coûts.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Plusieurs groupes de travail européens, par exemple d'Italie et d'Espagne, se penchent sur les blessures musculosquelettiques, mais ces initiatives touchent à la santé au travail et ne s'attardent pas aux modèles de soins. D'autres intervenants, comme le groupe de travail sur la rhumatologie pédiatrique du réseau musculosquelettique d'Australie, se concentrent sur une maladie plus particulière répertoriée dans une région donnée plutôt que dans le pays tout entier. Le groupe de travail national sur les modèles de soins musculosquelettiques du Canada est le premier groupe à avoir adopté une approche nationale pangouvernementale afin d'améliorer la coopération et la coordination dans le but d'assurer une prestation optimale des soins



musculosquelettiques. La feuille de travail maîtresse conçue par ce groupe peut être utilisée pour la planification, l'élaboration ou l'évaluation formative des modèles de soins proposés à l'échelle locale, provinciale ou territoriale et nationale. Elle peut également servir à déterminer la pertinence de diffuser de l'information sur des modèles de soins particuliers.

**Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :**

- National Musculoskeletal Models of Care Working Group. (automne 2012). *Tool for developing and evaluating models of care*. [http://www.arthritisalliance.ca/docs/bod/201211272330\\_moc\\_EN.pdf](http://www.arthritisalliance.ca/docs/bod/201211272330_moc_EN.pdf)
- Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*.  
[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Cyril B. Frank  
Titre : Responsable, groupe de travail sur les modèles de soins  
Organisme : L'Alliance de l'arthrite du Canada  
Courriel : [cfrank@ucalgary.ca](mailto:cfrank@ucalgary.ca)  
Téléphone : 403-220-6881

Dernière mise à jour : 4 mars 2013

**External Source:**

[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# OsteoArthritis Service Integration System (OASIS) (système d'intégration des services de lutte contre l'arthrose)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Avant 2006, les patients qui souffraient d'arthrose en Colombie-Britannique avaient difficilement accès à des ressources globales qui suggéraient des options de traitement, des services communautaires et des personnes-ressources intéressants pour faciliter leur rétablissement. En 2006, la Vancouver Coastal Health Authority a invité de nombreux intervenants de la santé à participer à une nouvelle initiative appelée OsteoArthritis Service Integration System, ou OASIS, afin d'aborder la fragmentation des services de lutte contre l'arthrose offerts aux patients qui n'ont pas subi de chirurgie et les pressions engendrées par les temps d'attente. L'initiative OASIS propose une approche mieux coordonnée à l'égard des soins qui permet, en bout de ligne, de donner aux patients qui souffrent d'arthrose : 1) un accès avancé à une consultation avec une équipe interprofessionnelle suivi par 2) un accès à des programmes communautaires ciblés ou à une consultation en vue d'une intervention chirurgicale au besoin et par 3) des plans d'action pour une prise en charge personnelle sur mesure. L'équipe interprofessionnelle, qui est composée de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététistes et d'infirmières, veille activement à faire en sorte que les plans d'action soient mis en place convenablement. Cette initiative, qui relie tous les services de lutte contre l'arthrose existants dans une liste de services communautaires interrogeable, fait appel à un logiciel électronique pour améliorer la coordination entre les professionnels de la santé. Par ailleurs, elle augmente l'accès aux soins en accélérant le système d'orientation et en intégrant mieux l'interface médicale électronique aux pratiques quotidiennes. Le système électronique, qui suit également les progrès et les commentaires des utilisateurs sur l'initiative OASIS, sert de plateforme pour échanger des documents et stocker des renseignements cliniques.

Un autre élément clé de l'initiative OASIS est l'importance accordée à la formation et à l'éducation. La Vancouver Coastal Health Authority a conçu de nombreux documents éducatifs pour les patients sur la prévention de l'arthrose, les statistiques, les traitements, les services offerts et la prise en charge personnelle. Ces documents ont été traduits notamment en pendjabi et en cantonais afin d'accroître davantage l'accès aux soins. De plus, des séances d'éducation communautaires amorcées en 2006 sont encore données à différents endroits. Ces séances prévoient des discussions sur la gestion du poids, la saine alimentation, l'activité physique et la gestion de la douleur. L'initiative OASIS est maintenant un programme bien intégré au sein de la Vancouver Coastal Health Authority.

Le programme OASIS peut aider des millions de Canadiens atteints d'arthrose. Les statistiques montrent que l'arthrose est la deuxième catégorie de maladies la plus onéreuse au Canada et que 10 % des patients qui en sont affligés ont des douleurs très intenses. Le Canada pourrait connaître une augmentation de la prévalence de l'arthrose au cours de la prochaine décennie en raison du vieillissement de la population. Par conséquent, un programme qui vise la prévention, le traitement et la gestion de l'arthrose deviendra de plus en plus important pour limiter l'apparition et la progression de cette maladie.

## RÉPERCUSSIONS :

Lorsque le programme OASIS a été lancé, seulement un petit nombre de médecins de famille et de chirurgiens prenaient part à l'initiative. En l'espace d'un an, plusieurs autres spécialités avaient rejoint les rangs. Depuis 2011, plus de 26 000 rencontres avec des clients ont été déclarées et plus de 36 000 aiguillages vers des services communautaires ont été recensés. Soixante-dix mille documents éducatifs ont été téléchargés à partir du site Web OASIS et plus de 600 services ont été inclus sur la plateforme. Bien que ces paramètres fassent l'objet d'un suivi dans le cadre du programme OASIS, il n'y a pas d'évaluation officielle ni de comptes rendus réguliers sur les progrès de cette pratique.

Des réussites ont été notées sur le site Web OASIS, ainsi que sur d'autres sites Web qui traitent de l'arthrose, au sujet de la nature des évaluations et des genres de services fournis. Les services, qui ne sont plus concentrés sur les hanches et les



genoux, s'étendent maintenant aux extrémités supérieures. On s'efforce de plus en plus d'aborder la gestion des affections liées aux épaules et aux coudes.

À en juger par les témoignages des participants, le programme OASIS a l'avantage d'améliorer les relations avec les médecins de premier recours, l'accès aux services, notamment l'accès au premier chirurgien disponible, la qualité de vie et les résultats en matière de santé, l'utilisation des ressources du système ainsi que la collaboration entre les professionnels de la santé, y compris les médecins de premier recours, les chirurgiens orthopédistes, les rhumatologues, les professionnels paramédicaux, les intervenants communautaires, les fournisseurs de soins et les partenaires éducatifs. Le programme OASIS est également harmonisé avec d'autres initiatives de gestion des maladies chroniques, ce qui permet d'assurer un éventail complet de services tout en comblant les lacunes liées à l'accès aux services.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Lancé initialement dans une clinique de Vancouver, le programme OASIS a été ensuite mis en œuvre à Richmond ainsi qu'à North Shore. Comme il est similaire au Multidisciplinary Osteoarthritis Program (programme multidisciplinaire de lutte contre l'arthrose) de l'Ontario et à l'approche axée sur les soins collectifs pour lutter contre l'arthrose en Alberta, les résultats positifs peuvent théoriquement être reproduits dans l'ensemble du Canada. Dans les trois territoires, des questionnaires de cas aident les patients atteints d'arthrose à s'orienter dans le système de soins de santé afin d'établir des liens avec les professionnels de la santé pertinents et de trouver les ressources dont ils ont besoin. Les trois programmes qui existent au Canada font appel à des équipes interprofessionnelles qui sont guidées par une définition claire de leurs rôles afin d'éviter les chevauchements aux étapes de l'évaluation et de la gestion. Le cheminement commence par un médecin de premier recours qui oriente le patient vers un rhumatologue chargé de poser le bon diagnostic, puis le patient est dirigé vers une équipe interprofessionnelle pour une consultation et une orientation. Ce parcours permet au patient d'avoir accès à un continuum de soins. L'éducation est un élément clé des trois modèles de soins, qui sont tous axés sur la communication dans le but de faire connaître les ressources éducatives pertinentes, de concevoir des plans d'action et d'assurer un meilleur roulement de patients dans le système.

Le processus de réalisation de ce modèle de soins repose sur plusieurs facteurs importants. Premièrement, les réunions d'équipe préliminaires doivent être inclusives, car il peut être difficile d'asseoir tout le monde à la table et de faire en sorte que tous les représentants soient d'accord. Il faut clarifier les rôles et les capacités d'entrée de jeu, car mener des expériences avec le parcours sans que les rôles soient définis risque de provoquer chez les médecins de premier recours la crainte de perdre leurs patients. Des rôles mal définis peuvent également engendrer une désorganisation qui empêcherait les patients d'avoir accès au premier chirurgien disponible. Des dossiers médicaux électroniques pertinents doivent être en place avant de démarrer la pratique et les fonctionnalités doivent avoir été testées afin d'assurer une compatibilité entre tous les intervenants qui utilisent le système. Enfin, la pratique doit être bien intégrée aux autres programmes, initiatives et services disponibles afin d'assurer un continuum de soins.

#### Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*.  
[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)
- Vancouver Coastal Health. (s.d.). *The OsteoArthritis Service Integration System (OASIS)* [site Web sur le projet].  
<http://oasis.vch.ca/>
- Physical Activity Line. (2013). *The OsteoArthritis Service Integration System (OASIS)*.  
[http://www.physicalactivityline.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=179:osteoarthritis-service-%20integration-system-oasis&catid=233&Itemid=86](http://www.physicalactivityline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=179:osteoarthritis-service-%20integration-system-oasis&catid=233&Itemid=86)
- Vancouver Coastal Health. (octobre 2006). *OASIS: The OsteoArthritis Service Integration System*. Provincial Arthroplasty Collaborative Learning Session #3 [notes d'exposé]. <http://www.slideserve.com/malaya/oasis-osteoarthritis-service-integration-system>
- Vancouver Coastal Health. (29 mai 2008). *The Arthroplasty Plan and the OsteoArthritis Service Integration System*. The Canadian Health System Comes of Age: A framework for 21<sup>st</sup> century care [notes d'exposé]. <http://assets.muhc.ca/PDF/ISAI-08/Roberts.pdf>
- Vancouver Coastal Health. (février 2006). *OASIS: Osteo-Arthritis Service Integration System*. Provincial Arthroplasty Collaborative [notes d'exposé]. <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/4C0ED192-60EB-4D3C-949A-A27F6B25D668/0/4OASIS1.pdf>
- Vancouver Coastal Health. (s.d.). *OASIS: Education—Pre-Op Education Multimedia*.  
<http://www.playaudiovideo.com/msearch?co=v&loc=22-54605927387-1-0-3066319820&wo=tub>



- Davis, A., Kitchlu, N., MacKay, C., Palaganas, M. et Wong, R. (juillet 2010). *Models of care delivery for people with arthritis*. Toronto: Toronto Western Research Institute. <http://www.modelsofcare.ca/pdf/10-04.pdf>

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Cindy Roberts

Titre : Directrice des soins primaires pour les programmes musculosquelettiques et les projets spéciaux, directrice du programme OASIS

Organisme : Vancouver Coastal Health

Courriel : [cindy.roberts@vch.ca](mailto:cindy.roberts@vch.ca)

Téléphone : 604-875-5228

Dernière mise à jour : 18 mars 2013

**External Source:** <http://oasis.vch.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Alternative Relationship Plan–Rheumatology Project

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'accès adéquat et rapide à des soins spécialisés peut être entravé par une communication inefficace entre les fournisseurs de soins de santé, la fragmentation des soins, une mauvaise coordination, le chevauchement des efforts et une méconnaissance des services offerts dans le système de soins de santé. À cause de ces manques d'efficacité, les patients attendent plus longtemps avant d'être soignés, subissent encore plus de stress lorsqu'ils essaient tant bien que mal de s'orienter dans le système et obtiennent de moins bons résultats pour leur santé. En réponse aux préoccupations grandissantes à propos de l'accès aux services médicaux spécialisés, Calgary Health Region et Alberta Health Services ont mis leurs ressources en commun afin d'offrir une subvention de 7,4 millions de dollars pour encourager l'innovation dans le but de faciliter l'accès et le triage. La subvention, qui s'étend de 2005 à 2007, a été accordée à l'initiative avant-gardiste Alternative Relationship Plan (ARP) au sein du département de médecine. L'ARP a accueilli 18 pratiques novatrices destinées à améliorer : l'accès des patients et des professionnels en soins primaires à des services médicaux spécialisés; la qualité, la sûreté et l'efficacité du système; l'intégration des services entre les fournisseurs de soins primaires et d'autres soins; ainsi que l'efficacité et la durabilité du système.

Parmi ces 18 pratiques novatrices, le projet de rhumatologie est celui qui a la plus grande portée. Sept professionnels paramédicaux ont été embauchés à temps plein afin de déterminer le meilleur moyen pour restructurer le processus d'orientation pour les patients en rhumatologie et de mettre en pratique le nouveau modèle. Une orientation et une admission centralisées ont été jugées indispensables pour accorder la priorité à l'aiguillage des patients et pour les diriger vers le fournisseur de soins et le service les plus pertinents. En 2006, l'admission centrale a commencé en avril, la clinique pour les jeunes adultes atteints de rhumatisme a ouvert ses portes en février, la clinique d'urgence, au printemps, la clinique de polyarthrite rhumatoïde précoce, à l'été et la clinique de polyarthrite rhumatoïde stable tenue par des infirmières cliniciennes, à l'automne.

Dans le cadre du projet de rhumatologie, un processus par étapes a été conçu pour faire les aiguillages et pour les suivre :

- 1) Les aiguillages sont reçus à l'aide d'un seul télécopieur et font l'objet d'un suivi dans la base de données.
- 2) Les infirmières cliniciennes trient les aiguillages avec l'aide d'un rhumatologue et obtiennent tous les renseignements supplémentaires pertinents.
- 3) Un rendez-vous est pris pour les patients avec le prochain rhumatologue disponible selon l'urgence des cas.
- 4) Les médecins orienteurs sont avisés du temps d'attente approximatif.
- 5) Les rhumatologues avisent les patients de la date et de l'heure de leur rendez-vous.
- 6) Les cas pertinents sont dirigés vers des cliniques spécialisées.

Le projet de rhumatologie a servi par la suite de guide pour la conception d'un modèle d'admission et de triage centralisés de haut niveau dans la foulée du projet d'accès médical aux services.

## RÉPERCUSSIONS :





Le projet de rhumatologie, qui a mis à contribution les 14 rhumatologues de la Calgary Health Region, a permis d'améliorer l'accès, les temps d'attente, la gestion des aiguillages et la coordination des soins. Les responsables de l'ARP ont procédé à une évaluation rigoureuse du projet à l'aide d'un cadre d'évaluation établi, d'indicateurs et d'une matrice, afin de quantifier les contributions relatives réalisées par chaque initiative, et au moyen d'une grille de données pour déterminer les nouvelles bases de données qui devaient être créées. Les résultats de l'ARP ont été publiés dans le document intitulé *2007 Final Evaluation Report*.

Grâce aux nouveaux services, aux nouveaux effectifs et aux initiatives d'innovation qui ont découlé de l'ARP, plus de 8 600 nouveaux patients ont un meilleur accès à des services médicaux spécialisés. Les premières données recueillies entre les mois d'avril 2006 et de février 2008 ont révélé que 8 333 aiguillages ont été faits en tout et que 84 % d'entre eux ont été réalisés à l'aide du modèle de triage central. Les temps d'attente ont diminué pour les aiguillages courants, modérément urgents et urgents qui ont été faits selon le modèle de triage central, un an après sa mise en place, et 158 cas urgents ou semi-urgents ont été examinés dans les 24 jours qui ont suivi les aiguillages. Les temps d'attente pour les cas urgents ont été réduits à deux semaines en moyenne. Par contre, en 2008, les temps d'attente pour les aiguillages courants ont augmenté considérablement en raison de la priorité accordée aux cas urgents et de la diminution du nombre de rhumatologues disponibles puisque deux d'entre eux ont cessé d'exercer et que deux autres étaient en congé de maternité. Quoi qu'il en soit, l'évaluation du projet de rhumatologie a permis de constater qu'il prouve que la prise en charge précoce des cas par une admission et un triage centralisés peut améliorer la qualité des aiguillages et la rapidité de l'accès.

Le projet de rhumatologie a également permis d'améliorer la communication entre les fournisseurs de soins de santé, la gestion des données et la prise de rendez-vous pour les patients et d'éliminer globalement le chevauchement des efforts. En tout, huit cliniques de sous-spécialités, y compris une clinique de rhumatologie d'urgence et une clinique pour les jeunes adultes atteints de rhumatisme, ont également participé au processus d'orientation et y ont été intégrées. En l'espace de 26 jours, 106 patients ont été examinés à la clinique de polyarthrite rhumatoïde précoce et 184 nouveaux patients ont été reçus à la clinique tenue par des infirmières praticiennes.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Bien qu'il y ait d'autres pratiques novatrices qui améliorent les temps d'attente et les aiguillages au Canada, l'ARP est unique dans le sens où il a permis de mettre sur pied 18 initiatives d'innovation afin de transformer et d'intégrer les services médicaux spécialisés. Cette approche élargie couvre l'intégralité du continuum des soins en milieu urbain et rural. Le projet de rhumatologie de l'ARP a été une réussite parce qu'il a rallié des spécialistes et des divisions et qu'il a été soutenu par des effectifs qui possèdent une spécialité et qui ont une expérience administrative. La sélection d'effectifs compétents a été d'une importance capitale pour s'assurer que le modèle d'orientation tienne compte des expériences des fournisseurs de soins et que les personnes qui possédaient des compétences cliniques pertinentes le mettent en place. Le classement adéquat des soins urgents et rationalisés nécessitait la création d'une base de données entièrement fonctionnelle reliée aux dossiers médicaux électroniques existants. Enfin, il a fallu établir une communication efficace et utiliser une boucle de communication afin que toutes les parties puissent suivre les progrès des patients au fil du processus d'orientation.

À la suite du projet de rhumatologie, les conférences sur l'orientation et l'accès en 2006 et en 2007 ont comporté des discussions entre les intervenants qui étaient concernés par le projet et ceux qui allaient bientôt participer au projet sur l'accès médical aux services. Les discussions mettaient en évidence ces domaines de réussite ainsi que les obstacles qui se sont dressés tout au long de la mise en place du projet. Après avoir déterminé les caractéristiques de réussite ainsi que les difficultés du projet en ce qui concerne les temps d'attente pour les soins courants, on a procédé, en 2007, au lancement du projet sur l'accès médical aux services, qui possédait son propre modèle d'admission et de triage centralisés optimisés. Ce modèle s'est étendu aux départements d'endocrinologie, de médecine générale interne et d'hématologie. Ces départements ont réussi à déterminer les catégories de triage, les temps d'attente approximatifs acceptables pour chaque catégorie ainsi que les renseignements ou les documents nécessaires pour mettre en place le triage. Ces départements ont conçu un livret sur l'admission et le triage centralisés qui est maintenant utilisé pour plusieurs spécialités, dont la rhumatologie.

Le document *Outcome Assessment Final Report* publié dans le cadre du projet sur l'accès médical aux services fait état de plusieurs réussites, y compris une meilleure communication, un suivi plus rigoureux du cheminement de l'aiguillage, la création d'un plan de technologie de l'information de haut niveau pour les aiguillages automatisés, la satisfaction notée par cinq des six cliniques visées par le projet qui mettent en pratique des mesures d'amélioration de l'accès et la diminution globale des temps d'attente. Ces réussites et les leçons tirées du projet sur l'accès médical aux services se répètent dans le projet de rhumatologie de l'ARP. Les expériences du projet de rhumatologie ont permis d'améliorer la gestion des aiguillages et de faciliter les efforts soutenus déployés pour le projet sur l'accès médical aux services afin d'optimiser la mise sur pied de l'admission et du triage centralisés. Compte tenu de la réussite de l'ARP et de son application continue dans la foulée du projet sur l'accès médical aux services, une approche générale de ce genre à l'égard des pratiques novatrices peut probablement être transférée à d'autres compétences.

**Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :**



- Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*.  
[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)
- Alberta Health Services—Calgary Region. (1<sup>er</sup> septembre 2009). *Medical access to service Project—Calgary zone. Phase 2—Outcome assessment—Final report*. [http://www.departmentofmedicine.com/MAS/documents/mas\\_final\\_sept1\\_2009.pdf](http://www.departmentofmedicine.com/MAS/documents/mas_final_sept1_2009.pdf)
- Department of Medicine and Medical Services. (septembre 2007). *Alternative relationship plan innovative initiatives: Final evaluation report*. [http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation\\_report\\_07.pdf](http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf)

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Terri Lupton  
Titre : Infirmière autorisée  
Organisme : Alberta Health Services  
Courriel : [theresa.lupton@albertahealthservices.ca](mailto:theresa.lupton@albertahealthservices.ca)  
Téléphone : 403-944-4426

Dernière mise à jour : 24 mars 2013

**External Source:** [http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation\\_report\\_07.pdf](http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Stratégie de soins partagés pour les patients atteints de maladie chronique, Providence Health Care

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Veiller à la satisfaction maximale des patients : c'est là le but ultime de tout fournisseur de soins de santé. Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter une approche à plusieurs volets qui porte sur l'accès aux soins dans des délais raisonnables, l'existence d'un modèle de communication structuré, l'amélioration des résultats de santé et la nécessité de s'assurer que les patients sont en mesure de gérer seuls leur état de santé après leur congé de l'hôpital. Les intervenants en soins de santé de la Colombie-Britannique ont reconnu le besoin de concevoir une approche coordonnée mieux structurée pour la prestation des soins de santé. En avril 2010, le Shared Care Committee, Providence Health Care (PHC) et Vancouver Coastal Health ont mis en branle une initiative concertée de deux ans qui consiste à adopter une approche de soins partagés dans la prestation des services de santé aux patients présentant des maladies chroniques complexes. L'objectif de l'initiative est de faciliter l'accès et de rendre l'expérience plus confortable pour les patients atteints d'une maladie chronique, et ce, en s'employant à améliorer les résultats de santé, à réduire les coûts par habitant et à assurer une meilleure communication. La stratégie vise essentiellement à consolider les relations entre les médecins de famille et les médecins spécialistes pour accélérer les renvois en consultation et pour éviter les chevauchements quant aux interventions et à l'utilisation des ressources.

L'initiative consiste en plusieurs projets qui tendent tous à offrir une expérience uniforme et sans interruption aux patients par une meilleure collaboration entre les fournisseurs de soins de santé. Le premier de ces projets, la ligne de consultation téléphonique Rapid Access to Consultative Expertise (RACE), fait appel à une technologie téléphonique qui permet aux médecins de famille d'avoir rapidement accès à des spécialistes et, ainsi, de réduire les temps d'attente inutiles, les visites à l'urgence et les consultations en personne. Les médecins de famille font leur choix dans une liste de services spécialisés et voient leur appel dirigé directement au téléavertisseur d'un spécialiste pour garantir une consultation rapide. De même, un mécanisme de confirmation des renvois en consultation a été mis en place; celui-ci offre aux médecins de famille un système téléphonique plus efficace et rend prioritaire la procédure de renvois dans des délais raisonnables. Le projet s'est développé de façon à inclure le Shared Care Planning, qui établit une voie de communication entre les médecins de famille et les spécialistes après la consultation (cette pratique n'était pas en place avant le lancement de l'initiative). Enfin, un projet d'autogestion a été élaboré en vue d'inciter les patients à établir leurs propres objectifs de santé et plans d'action. Cette approche centrée sur le patient permet de concevoir des plans d'autogestion plus personnalisés et plus efficaces.

Un plan de mise en œuvre hautement structuré a été préparé par divers groupes d'intervenants et groupes consultatifs. Ceux-ci se sont réunis à de nombreuses reprises pendant l'année pour discuter d'une vaste gamme de sujets allant du soutien en TI à la perspective des médecins sur l'applicabilité du modèle de communication dans leur pratique quotidienne.

## RÉPERCUSSIONS :

La stratégie des soins partagés est évaluée non dans son ensemble, mais dans le cadre des divers projets qui la composent. Chaque projet est d'abord passé par la série « Plan-Do-Study-Act » de conception, de mise à l'essai et de mise en œuvre du modèle, ce qui a permis d'en vérifier l'efficacité et d'en relever toute lacune lors de tables rondes. Chaque projet a été évalué officiellement sur les plans qualitatif et quantitatif; on a ainsi mesuré le succès de l'initiative et son impact sur les résultats pour les patients.

Par exemple, le projet RACE a fait l'objet d'une évaluation officielle au moyen d'outils de mesure, tels que des questionnaires, des sondages en ligne et des entrevues avec les médecins de famille et les médecins spécialistes. De façon générale, ces deux groupes de fournisseurs de soins ont estimé que RACE représentait un excellent outil pour combler les lacunes en matière de communication. Le sondage en ligne a montré que 90 % des médecins de famille et des spécialistes connaissaient



l'existence de la ligne de consultation téléphonique et que 95 % des participants au projet pilote la recommanderaient à leurs collègues. Ceux-ci ont fait remarquer que le recours à la ligne téléphonique leur avait permis de réduire les visites de leurs patients à l'urgence (32 % n'ont pas eu à s'y présenter), les consultations en personne avec des spécialistes (60 % n'ont pas eu à les consulter) et les renvois en consultation non nécessaires auprès d'un spécialiste; en outre, 83 % des participants ont estimé que la ligne téléphonique leur avait permis de mieux gérer leur prestation de services. Dans l'ensemble, le projet RACE s'est révélé efficace dans l'établissement d'une communication plus rapide entre les médecins de famille et les spécialistes : 80 % des quelque 600 appels reçus en 2012 ont obtenu une réponse en moins de 10 minutes. Le système RACE a remporté le prix de leadership dans le secteur public de l'Institut d'administration publique du Canada/Deloitte, ainsi que le prix Gold Apple pour l'excellence en innovation de l'Association des employeurs de la santé de la Colombie-Britannique.

La stratégie de soins partagés est corrélée avec une hausse de 77 % des confirmations de renvois en consultation, et des gains similaires sont observés dans la gestion des soins au moyen de Share Care Planning. Les entrevues avec les patients ont révélé que ceux-ci sont satisfaits de la qualité des soins et arrivent à mieux s'orienter dans le système de santé. Les projets ont montré que le recours à une approche coordonnée qui fait appel à des modèles de communication efficaces est susceptible d'améliorer l'expérience du patient, de faciliter le roulement à l'urgence, de réduire les coûts (avec des économies qui peuvent s'élever à 200 \$ par appel) et d'améliorer la capacité des spécialistes.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Grâce au succès qu'a connu l'initiative, la participation s'est accrue et le projet s'est étendu à d'autres régions de la province. Le projet RACE a été mis à l'essai à l'unité de cardiologie; compte tenu de son succès, on l'a ensuite adopté dans 11 services spécialisés en 2012. Le système de confirmation des renvois en consultation a été implanté efficacement dans plusieurs cliniques de maladies chroniques, cabinets privés de spécialistes et programmes provinciaux plus vastes qui relèvent de Providence Health Care. Le projet Share Care Planning a été mis en œuvre aussi bien à l'échelle régionale que provinciale et, dans l'ensemble, la pratique novatrice que constitue la stratégie de soins partagés a mobilisé 1 500 médecins de famille et 200 spécialistes.

Bien que d'autres pratiques relatives aux renvois en consultation existent ailleurs au Canada et à l'étranger, bon nombre d'entre elles sont menées par des infirmières spécialisées. La stratégie de soins partagés est la seule initiative qui offre aux médecins de famille et à leurs patients un accès téléphonique direct et en temps réel à des spécialistes. De plus, cette pratique peut être étendue à d'autres provinces et territoires.

#### **Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web qui suivent :**

[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf)

[http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1\\_CareCoordinationWorkshop\\_Wilson\\_FR.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf)

<https://www.bcma.org/rapid-access-consultative-expertise-race-program>

[http://www.youtube.com/watch?v=TQyKe0CKh\\_A](http://www.youtube.com/watch?v=TQyKe0CKh_A)

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Margot Wilson

Titre : Directrice, Stratégie de gestion des maladies chroniques

Organisme : Providence Health Care (stratégie de soins partagés)

Courriel : [mwilson@providencehealth.bc.ca](mailto:mwilson@providencehealth.bc.ca)

Téléphone : 604-682-2344, poste 66522

Dernière mise à jour : 22 février 2013

**External Source:** [http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1\\_CareCoordinationWorkshop\\_Wilson\\_FR.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Spine Pathway Project (projet de cheminement clinique – colonne vertébrale)

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les affections de la colonne vertébrale sont multiples et peuvent être traitées au moyen d'interventions médicales ou chirurgicales. Bien qu'on distingue plus de 900 problèmes de colonne vertébrale différents, bon nombre de ces maux bénins ou graves présentent des symptômes hautement similaires, ce qui complique l'établissement du diagnostic. Les médecins de la Saskatchewan reconnaissent ce problème et croient que l'application de mesures de dépistage adéquates peut permettre à 80 % des patients aux prises avec des problèmes de colonne vertébrale d'être traités au moyen de traitements médicaux et d'éviter les interventions chirurgicales inutiles. Par conséquent, le gouvernement de la Saskatchewan a instauré en 2009 le Spine Pathway Project avec l'intention de mieux former les médecins aux méthodes de dépistage, d'établir des centres de soins de la colonne vertébrale qui appliquent des mesures efficaces de dépistage des pathologies lombaires, et d'élaborer un système qui offre des ressources de gestion adéquates pour les blessures et douleurs lombaires.

La phase initiale du projet comprend la conception de modules de formation destinés aux médecins, dont un cours en ligne qui a été approuvé en tant que formation médicale continue. On a ensuite établi des centres de soins de la colonne vertébrale, puis élaboré des critères de référence et effectué des études cliniques pour mesurer les progrès. À cet effet, on a conçu un système fondé sur une classification qui sert à déterminer le niveau de soins requis et la gravité de l'état de chaque patient. En 2010, des cours en ligne et des modules de formation ont été présentés et, l'année suivante, des centres de soins de la colonne vertébrale ont vu le jour à Regina et à Saskatoon. Les équipes interprofessionnelles qui travaillent dans ces centres s'emploient à fournir le traitement le plus approprié à chaque patient qui leur est adressé.

Les résultats escomptés sont de fournir les soins qui conviennent aux patients souffrant de blessures ou de douleurs lombaires et de permettre aux spécialistes de se libérer du temps pour d'autres interventions chirurgicales essentielles à la colonne vertébrale. On réduira ainsi les temps d'attente pour les services de spécialistes et on facilitera l'accès aux ressources de diagnostic. Première du genre au Canada, cette initiative s'annonce prometteuse pour améliorer l'accès aux soins et pour fournir des soins primaires centrés sur les patients aux prises avec des problèmes de colonne vertébrale.

## RÉPERCUSSIONS :

Le Spine Pathway Project est un programme permanent qui présente des résultats préliminaires favorables et un potentiel d'expansion. Le matériel et les cours destinés aux médecins ont déjà été conçus et sont reconnus comme formation médicale continue. Sur les 2 000 fournisseurs de soins primaires ciblés en Saskatchewan, 900 ont été formés. On s'emploie actuellement à concevoir les modules de formation en ligne qui portent sur les états associés à une douleur chronique, ainsi que les fiches d'évaluation de la douleur chronique. Les centres de soins de la colonne vertébrale ont ouvert leurs portes, et de nouveaux modules sur l'évaluation des troubles lombaires ont été préparés et sont utilisés par les médecins en soins primaires concernés. On a établi les critères de référence et effectué les études cliniques sur les processus et les résultats. Les fournisseurs de soins primaires qui ont suivi le cours à ce jour affichent un taux de satisfaction de 95 %.

La réduction du nombre d'interventions chirurgicales à la colonne vertébrale et les études de diagnostic ont permis de raccourcir les temps d'attente et de faciliter l'accès aux ressources de diagnostic (comme l'imagerie par résonance magnétique). Avant la mise en œuvre de l'initiative, 36 % de l'ensemble des images par résonance magnétique (IRM) portaient sur les blessures ou les douleurs lombaires. On a observé qu'en arrivant à retirer 100 patients de la liste d'attente pour une IRM, on réduisait d'une semaine le temps d'attente des autres patients.

En 2011, la revue *Spine* a publié une synthèse systématique sur le cheminement clinique qui comprend une étude de cas sur le Spine Pathway Project de la Saskatchewan. L'étude suggère que le Spine Pathway Project représente une initiative novatrice pour le dépistage des problèmes de colonne vertébrale, car elle comporte des modules de formation appropriés, utilise des incitatifs financiers pour influencer favorablement sur les soins aux patients, envisage les mesures de dépistage à l'échelon des



fournisseurs de soins primaires plutôt qu'à celui des spécialistes et fait appel à un système de renvois en consultation fondé sur une classification. L'étude recommande de poursuivre le développement du cheminement clinique pour inclure des lignes directrices fondées sur des preuves, ainsi que l'évaluation des succès continus observés.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Il existe vraisemblablement de nombreux projets similaires dans le monde (par exemple, le Spinal Taskforce for the Department of Health du National Health Service, au Royaume-Uni), mais la plupart n'ont pas fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique à comité de lecture. Actuellement, seuls deux centres spécialisés de soins de la colonne vertébrale ont été fondés en Saskatchewan pour faciliter les renvois en consultation. Bien qu'il existe d'autres initiatives de cheminement clinique pour les douleurs lombaires, le Spine Pathway Project représente l'unique pratique qui concerne tous les types de douleurs lombaires et qui comporte toutes les caractéristiques d'un cheminement de soins moderne (objectifs clairs, communication facilitée entre les médecins et les patients, coordination des soins, suivi continu des résultats et financement adéquat). Moyennant un financement suffisant et la participation active de cliniciens, il y a lieu de croire que cette pratique peut s'appliquer à d'autres provinces ou régions.

#### **Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :**

Fournier, D. R., Dettori, J. R., Hall, H., Hartl, R., McGirt, M. J. et M. D. Daubs. « A Systematic Review of Clinical Pathways for Lower Back Pain and Introduction of the Saskatchewan Spine Pathway ». *Spine*, vol. 36, supplément 21 (2007), S164-171. (doi: 10.1097/BRS.0b013e31822ef58f)

<https://www.spinepathwaysk.ca/home>

<http://www.gov.sk.ca/news?newsId=4d8a0b8c-367f-42eb-8587-43bc3b58432b>

[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/Refe...](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Refe...)

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Brad Waddell

Titre : Gestionnaire de projet, Recherche et développement du cheminement clinique

Organisme : Ministère de la Santé, Direction des soins actifs et des services d'urgence

Courriel : [brad.waddell@health.gov.sk.ca](mailto:brad.waddell@health.gov.sk.ca)

Téléphone : 306-787-2424

Dernière mise à jour : 28 février 2013

**External Source:** <http://www.health.gov.sk.ca/back-pain>





Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Services de soins primaires sur le terrain en Colombie-Britannique Gouvernement : Colombie-Britannique

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## Description de la pratique :

En 2007, la régie de la santé Vancouver Coastal créait des services primaires d'approche afin d'offrir une gamme complète de soins primaires intégrés et de services en santé mentale et dépendances aux résidents des logements supervisés et des refuges d'urgence. Les objectifs de ce programme étaient d'améliorer la santé générale des résidents en leur offrant des services cliniques sur place, de leur faciliter l'accès à des services de santé, de créer un modèle de partenariat étroit pour la prestation des services de santé et de diminuer le nombre de visites non urgentes aux services d'urgence des hôpitaux. Les services primaires d'approche ciblent des clients qui résident dans les quartiers du centre-ville et du Downtown Eastside. Ils desservent des clients qui vivent dans des logements supervisés à bas seuil d'accessibilité ou des personnes itinérantes chroniques qui ont besoin d'interventions cliniques. En 2012, ce programme était en place dans 19 immeubles de logements supervisés ainsi que dans neuf refuges d'urgence, et il venait en aide à plus de 1 205 personnes. Ces immeubles hébergent principalement des personnes qui sont chroniquement sans logis, vivent de façon désorganisée et sont atteintes de multiples affections chroniques, dont des maladies mentales et des dépendances.

Les services primaires d'approche sont assurés par des équipes cliniques interprofessionnelles de soins à domicile composées d'un médecin, d'une infirmière praticienne (un infirmier praticien), de personnel infirmier, d'un gestionnaire de cas ainsi que d'autres travailleurs de la santé. Leurs services couvrent la gestion des médicaments; les soins des plaies et des problèmes cutanés; la gestion des problèmes de santé chroniques comme le diabète, les difficultés de mobilité, l'hépatite C et le VIH/sida; l'évaluation et le traitement des maladies mentales et des dépendances; l'établissement de liens, le sentiment d'appartenance, la diminution des préjugés et de l'isolement social. L'équipe clinique constitue le lieu principal d'intégration des soins pour les soins actifs, pour les partenaires communautaires et pour les organismes sociaux et familiaux.

Une infirmière praticienne (un infirmier praticien), un médecin de famille et une infirmière (un infirmier) offrent des cliniques dans les immeubles de logements certains jours de la semaine, et les soins et soutiens continus sont assurés par les gestionnaires de cas, le personnel infirmier, les conseillers et les travailleurs de la santé qui aident les patients à se rendre à leurs rendez-vous médicaux ou à utiliser les ressources de la collectivité. En outre, les organismes sans but lucratif qui gèrent les refuges et les immeubles de logements reçoivent un financement de la régie de la santé Vancouver Coastal pour avoir sur place des intervenants responsables de l'accompagnement des locataires; ils assurent la sécurité et la sûreté du milieu, mettent les locataires en relation avec les services médicaux, de santé mentale et de traitement des dépendances ainsi qu'avec les services sociaux et communautaires, et aident les patients à accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne.

## RÉPERCUSSIONS :

En 2008 et en 2010, le programme a été évalué, quantitativement et qualitativement. L'évaluation des éléments quantitatifs a été réalisée au moyen d'une technique de prétest post-test. La composante qualitative comprenait des entrevues et des groupes de discussion avec les prestataires de services et les administrateurs ou gestionnaires.

Les résultats de la première évaluation de l'équipe clinique de soins à domicile (2008) ont montré qu'elle pouvait atteindre 74 % des clients qui vivaient dans les huit ensembles initiaux. Les équipes de services primaires d'approche ont accru l'accès aux services de santé — 41 % des clients n'avaient eu recours à aucun des services de santé de la régie Vancouver Coastal au cours des 12 mois qui avaient précédé la prise de contact avec l'équipe clinique. Trente pour cent des clients vus six fois ou plus par l'équipe clinique ont été aiguillés vers d'autres services de santé de la régie Vancouver Coastal. Chez les clients vus six fois ou plus par l'équipe clinique, les visites au service d'urgence ont diminué de 30 %. Les interventions de l'équipe





clinique ont aussi réduit de 55 % les visites moins urgentes ou urgentes chez ceux qui étaient auparavant des utilisateurs à répétition.

Les résultats de l'évaluation des services primaires d'approche en 2010 ont révélé qu'au cours de la période de 120 jours qui a suivi le commencement de leur intervention, les visites des clients au service d'urgence avaient diminué de 20 % par rapport à la période antérieure à l'intervention. La réduction la plus importante concernait les plus grands utilisateurs, le nombre de leurs visites à l'urgence ayant baissé de 58 %. La fréquence des visites urgentes a diminué globalement de 22 %, tandis que celle des visites moins urgentes baissait de 15 %.

Les organismes sans but lucratif partenaires et les autres prestataires de soins de santé ont reconnu dans les services primaires d'approche un modèle efficace permettant de rejoindre les personnes qui éprouvent des difficultés à s'adresser aux services de santé. La régie Vancouver Coastal a décerné au programme un prix de la pratique interprofessionnelle. Les facteurs qui ont contribué à la réussite du programme sont la volonté d'apporter des changements à la prestation de soins et les ressources disponibles pour la création d'équipes d'approche, mais aussi les caractéristiques personnelles des membres des équipes, dont, notamment, l'adaptabilité, la flexibilité, la faculté de se concentrer sur les solutions et le respect envers les clients et les intervenants chargés d'accompagner les locataires. Les enjeux sont notamment de diversifier les équipes pour répondre aux besoins des clients et communiquer avec les autres prestataires de soins afin de les sensibiliser au rôle des équipes et à la façon de collaborer avec elles. La réussite découle de la capacité des équipes à établir des liens avec les clients, ce qui en a incité un plus grand nombre à recevoir des services de santé. La principale leçon apprise est que le fait d'aller à la rencontre des gens là où ils se trouvent d'un point de vue tant géographique qu'affectif et mental, améliore l'accès aux services et diminue le recours à l'urgence.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Ce programme n'a pas été reproduit ailleurs, mais il a pu guider et inspirer des programmes intensifs de traitement à domicile, par exemple en santé mentale et pour les patients sortant de l'hôpital et qui présentent des besoins de soins complexes.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Anne McNabb  
Organisme : Régie de la santé Vancouver Coastal  
Courriel : [anne.mcnabb@vch.ca](mailto:anne.mcnabb@vch.ca)  
Téléphone : 604-730-7605, poste 7605

Dernière mise à jour : 4 février 2013

#### **LIEN EXTERNE :**

<http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations>

External Source: <http://www.vch.ca/home/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

# Un modèle interprofessionnel de soins qui intègre les services musculosquelettiques ambulatoires

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Pour donner suite à la stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente, le Holland Orthopaedic & Arthritic Centre du Sunnybrook a mis en œuvre une approche interprofessionnelle qui vise à améliorer l'accès et les soins pour les patients nécessitant une arthroplastie de la hanche ou du genou. La fonction novatrice de physiothérapeute en pratique avancée a été créée en 2006; elle tire parti des ressources humaines de la santé disponibles pour effectuer des évaluations physiques globales et indépendantes dans le contexte du triage et du suivi postopératoire. Depuis, ce programme s'est transformé en une stratégie de soins complets pour l'arthroplastie de la hanche et du genou, en lien avec la collectivité. Au vu de sa réussite, cette approche d'équipe a été aujourd'hui transférée aux cliniques spécialisées de l'épaule et de la colonne vertébrale, pareillement encombrées sous l'effet de l'accroissement d'une population vieillissante, des pénuries dans les soins primaires et du volume élevé de patients non chirurgicaux.

Pour réaliser à l'échelle de l'ensemble du système des changements qui combinent la recherche en cours avec l'apport de toutes les parties prenantes (patients, chirurgiens ainsi qu'administrateurs et dirigeants), on s'est servi d'un cadre à neuf étapes et d'une méthodologie d'amélioration de la qualité, plus précisément du modèle *Planifier-Faire-Vérifier-Agir*. Les éléments ci-dessous, essentiels au programme, ont été mis en place :

- l'admission centralisée des patients au moyen d'un système électronique de suivi des références suite à un aiguillage;
- une définition claire du rôle de physiothérapeute en pratique avancée, avec un programme de résidence de trois mois et une évaluation par un chirurgien;
- des directives médicales élargissant le champ de pratique des physiothérapeutes en pratique avancée pour leur permettre de prescrire des examens diagnostiques;
- le triage des références et l'évaluation initiale par les physiothérapeutes en pratique avancée dans les délais établis;
- l'aiguillage sélectif vers des chirurgiens dans le cadre de critères précis;
- des examens préopératoires le jour même pour les candidats à une intervention chirurgicale;
- la priorité accordée à la formation des patients, à l'optimisation et au choix du chirurgien;
- le suivi postopératoire et la surveillance à long terme par les physiothérapeutes en pratique avancée;
- une amélioration du soutien et des actions éducatives postopératoires destinés aux patients;
- des partenariats communautaires pour favoriser un mode de vie actif et sain.

## RÉPERCUSSIONS :

On utilise un cadre du type structure-processus-résultat pour évaluer les mesures clés du programme ainsi que l'impact du rôle du physiothérapeute en pratique avancée. Le système de suivi des références fournit des rapports très importants sur la première attente (délai entre l'aiguillage et l'évaluation).

Les résultats de recherches formelles démontrent que des soins dispensés par des équipes ayant recours à des physiothérapeutes en pratique avancée peuvent réduire les temps d'attente, améliorer les soins et maintenir un degré de satisfaction élevé chez les patients. Le triage des références se fait dans un délai de deux jours ouvrables et tous les patients sont vus pour leur évaluation initiale moins de trois semaines après l'aiguillage. Les physiothérapeutes en pratique avancée effectuent l'évaluation initiale de plus de 200 patients par mois, 30 % desquels sont redirigés vers des soins conventionnels. La durée de la première attente est inférieure à l'objectif de 90 jours fixé par le RLISS de Toronto-Centre. Le nombre d'opérations annulées a baissé. En 2011, les physiothérapeutes en pratique avancée ont effectué plus de 4500 visites de suivi postopératoire chez des patients ayant subi une arthroplastie primaire. Le degré de satisfaction des patients est élevé : un



échantillon de plus de 800 patients ayant subi une arthroplastie ont rempli un questionnaire validé, le Visit-Specific Questionnaire (VSQ-9), tant dans des cliniques de chirurgie que dans celles des physiothérapeutes en pratique avancée. Ces derniers ont obtenu des scores soit nettement plus élevés ( $p \leq 0.004$ ) que les chirurgiens, soit similaires à ceux-ci. Une évaluation formelle du programme pilote relatif aux soins des épaules a produit des résultats comparables. Un projet pilote est en cours dans le programme des soins à la colonne vertébrale; il examinera l'identité de vues entre le chirurgien et le physiothérapeute en pratique avancée quant à la nécessité d'une consultation chirurgicale pour le patient, ainsi que le degré de satisfaction du patient. La simplification de la gestion des références, le déplacement des limites traditionnelles de la pratique, et l'élargissement du champ d'exercice du personnel médical adéquat améliorent les soins musculosquelettiques et réduisent leur fardeau. La participation des patients et de tous les échelons du personnel est essentielle à la réussite du programme d'amélioration.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Nous avons accueilli de nombreuses équipes interprofessionnelles qui cherchaient des solutions à des problèmes de temps d'attente excessifs combinés à des ressources humaines de la santé limitées; nous avons aussi été invités à faire des présentations dans tout le Canada afin de propager ces changements. Les résultats que nous avons publiés ont suscité un dialogue international, ce qui démontre à nouveau la transférabilité des éléments essentiels au programme. Le programme du Sunnybrook est une pratique très reconnue qui facilite l'orientation de la prestation des soins musculosquelettiques dans un contexte économique très difficile.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Susan Robarts  
Titre : Superviseure clinique, physiothérapeute en pratique avancée  
Organisme : Sunnybrook Health Sciences Centre  
Courriel : [susan.robarts@sunnybrook.ca](mailto:susan.robarts@sunnybrook.ca)  
Téléphone : 416-967-8634

Dernière mise à jour : 3 décembre 2012

**External Source:** <http://www.sunnybrook.ca>