



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

## Thème : Amélioration de la qualité et sécurité des patients (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:	Quality Improvement and Patient Safety	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	27 résultats sur 57

### 1. Virginia Mason Production System (système de production Virginia Mason)

Implementation Year: Samedi, mars 2, 2002 - 00:30	Location: International	Practice Website: <a href="https://www.virginiamason.org/VMPS">https://www.virginiamason.org/VMPS</a>
---	-------------------------	---

**SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice vise à fournir un système de production de la santé à l'échelle du réseau afin d'améliorer la gestion des processus cliniques, de réduire le gaspillage et d'offrir des soins de meilleure qualité.

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Diane Miller Titre : Directrice exécutive Organisme : Virginia Mason Institute Courriel : [diane.miller@vmmc.org](mailto:diane.miller@vmmc.org) Numéro de téléphone : 206-341-0140 Dernière mise à jour : 19 avril 2013

### 2. Le Modèle de soins interprofessionnels© de L'Hôpital d'Ottawa (MSIP© de L'HO)

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare">http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare</a>
--	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice est un guide servant à coordonner les soins offerts aux patients par les professionnels de la santé des différentes disciplines. Le modèle tient compte des compétences spécifiques des différents professionnels de la santé, des orientations stratégiques de leur hôpital et de la nécessité de collaborer pour offrir des soins axés sur le patient.

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Ginette Rodger Titre : Première vice-présidente de la Pratique professionnelle et chef de direction des Soins infirmiers Organisme : L'Hôpital d'Ottawa Courriel : [grodger@ottawahospital.on.ca](mailto:grodger@ottawahospital.on.ca) Téléphone : 613-737-8749

### 3. Bilan comparatif des médicaments : Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 01:00	Location: National	Practice Website: <a href="http://www.ismp-canada.org/medrec/">http://www.ismp-canada.org/medrec/</a>
---	--------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Name: Margaret Colquhoun, Marie Owen Title: Canadian Co-Leads, Safer Healthcare Now! National Medication Reconciliation Strategy Organization: ISMP Canada; Canadian Patient Safety Institute Email address: [mcolquhoun@ismp-canada.org](mailto:mcolquhoun@ismp-canada.org); [mowen@cpsi-icsp.ca](mailto:mowen@cpsi-icsp.ca) Telephone number: 416-733-3131 ext. 227

### 4. Readmission Reduction Program through Payment Systems (programme de réduction des réadmissions à



## l'aide de systèmes de paiements aux États-Unis)

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 10, 2012 - 00:00	<b>Location:</b> International	<b>Practice Website:</b> <a href="http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html">http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html</a>
---	--------------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à diminuer les taux de réadmission dans les hôpitaux en changeant le système de paiements préétablis pour les malades hospitalisés.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Jonathan Blum **Titre :** Administrateur associé et directeur **Organisme :** Center for Medicare **Courriel :** Jonathan.Blum@cms.hhs.gov **Téléphone :** 202-690-6301 DC | 410-786-4164 Baltimore

## 5. Programme avancé de formation, Intermountain Healthcare

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 1, 1991 - 00:45	<b>Location:</b> International	<b>Practice Website:</b> <a href="http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx">http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx</a>
--	--------------------------------	--

### SNAPSHOT:

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Jean-Ann Wurtz **Titre :** Coordinatrice du Programme avancé de formation **Organisme :** Institute for Health Care Delivery Research, Intermountain Healthcare **Courriel :** jean-ann.wurtz@imail.org **Numéro de téléphone :** 801-442-3718

## 6. Priorité aux résidents

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, janvier 1, 2010 - 00:15	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.quality-improvement/long-term-care">http://www.quality-improvement/long-term-care</a>
--	--------------------------	--

### SNAPSHOT:

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Gayle Stuart **Titre :** Gestionnaire de programme, Priorité aux résidents **Organisme :** Qualité des services de santé Ontario **Courriel :** gayle.stuart@hqontario.ca **Téléphone :** 416-323-6868

## 7. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module transformation

<b>Implementation Year:</b> Lundi, janvier 2, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	---------------------------------------	--------------------------

### SNAPSHOT:

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Rachael Roberts **Titre :** Responsable **Organisme :** BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) **Courriel :** rachael.roberts@phsa.ca **Téléphone :** 604-875-7234

## 8. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, pratique axée sur la collaboration

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	---------------------------------------	--------------------------



SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Rachael Roberts Titre : Responsable Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) Courriel : rachael.roberts@phsa.ca Téléphone : 604-875-7234

**9. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module mentorat**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	--	--------------------------

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Rachael Roberts Titre : Responsable Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) Courriel : rachael.roberts@phsa.ca Téléphone : 604-875-7234

**10. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module de base**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	--	--------------------------

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Rachael Roberts Titre : Responsable Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) Courriel : rachael.roberts@phsa.ca

**11. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module accompagnement**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	--	--------------------------

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Rachael Roberts Titre : Responsable Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) Courriel : rachael.roberts@phsa.ca Téléphone : 604-875-7234

**12. Initiative Réseau de services médicaux intégrés (RSMI)**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2006 - 00:45	<b>Location:</b> Manitoba	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html">http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html</a>
--	---------------------------	---

SNAPSHOT:



**CONTACT INFORMATION:**

Organisme : Santé Manitoba, Initiative Réseau des services médecins intégrés Courriel : pinsupport@gov.mb.ca Téléphone : 204-788-6423

**13. Practice Support Program (programme de soutien à la pratique)**

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2007 - 00:45	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gpsc.bc.ca/psp/practice-support-program">http://www.gpsc.bc.ca/psp/practice-support-program</a>
---	---------------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Liza Kallstrom Titre : Responsable du contenu et de la mise en œuvre, Practice Support Program Organisme : Association médicale de la Colombie-Britannique Courriel : lkallstrom@bcma.bc.ca Téléphone : 604-638-2854

**14. Système de gestion LEAN de la Saskatchewan**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:45	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.health.gov.sk.ca/lean-introduction">http://www.health.gov.sk.ca/lean-introduction</a>
---	-------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Trish Livingstone Titre : Directrice du Kaizen Promotion Office Organisme : Ministère de la Santé de la Saskatchewan Courriel : tlivingstone@health.gov.sk.ca Téléphone : 306-787-3146

**15. Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 00:45	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.health.gov.sk.ca/surgical-initiative">http://www.health.gov.sk.ca/surgical-initiative</a>
---	-------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Mark Wyatt Titre : Directeur général, SKSI Organisme : Ministère de la Santé de la Saskatchewan Courriel : mark.wyatt@health.gov.sk.ca Téléphone : 306 787-3153

**16. Site Internet QualityInsight.ca du Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 13:00	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.qualityinsight.ca/">http://www.qualityinsight.ca/</a>
---	-------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Rosemary Gray, directrice de programme Organisme : Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan Courriel : rgray@hqc.sk.ca Téléphone : 306 668-8810, poste 116

**17. Plans d'amélioration de la qualité**

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 6, 2010 - 00:30	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/quality_improve.aspx">http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/quality_improve.aspx</a>
---	--------------------------	--



**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Jillian Paul Titre : Gestionnaire Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée Courriel : jillian.paul@ontario.ca Téléphone : (416) 325-5600

**18. Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAOSSP)**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 00:30	<b>Location:</b> Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx">http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx</a>
--	---	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Theresa Fillatre, MHSA, I.I., B. S. soc., C. H. E. Titre : présidente de la Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients et directrice régionale principale de l'ICSP Organisme : Institut canadien pour la sécurité des patients Courriel : tfillatre@ICSP-icsp.ca Téléphone : 902 221-4719

**19. Formation LEAN Six Sigma au Manitoba : réseaux ceinture verte et ceinture noire**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 00:30	<b>Location:</b> Manitoba	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gov.mb.ca/health/mpan/pdf/demone.pdf">http://www.gov.mb.ca/health/mpan/pdf/demone.pdf</a>
--	---------------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Dawn Ridd Titre : Gestionnaire, stratégie provinciale LEAN, Santé Manitoba; chef de l'amélioration (Rapid Improvement Lead), programme de suivi des patients Cancer Patient Journey Organisme : Santé Manitoba Courriel : dawn.ridd@gov.mb.ca Téléphone : 204 788-6667

**20. Strategic Clinical Networks in Alberta**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2011 - 00:30	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.albertahealthservices.ca/6047.asp">http://www.albertahealthservices.ca/6047.asp</a>
--	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Dr. Tom Noseworthy Titre : Associate Chief Medical Officer, SCNs and Clinical Care Pathways Organisme : Alberta Health Services Courriel : Tom.Noseworthy@albertahealthservices.ca Téléphone : (780) 342-2014

**21. Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta — Analyse systématique de systèmes : une approche pratique des examens relatifs à la sécurité des patients**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2004 - 00:30	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.hqca.ca/assets/files/HQCA%20Review%20FINAL%202011-2012%20(no%20signature).pdf">http://www.hqca.ca/assets/files/HQCA%20Review%20FINAL%202011-2012%20(no%20signature).pdf</a>
--	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**



Nom : Lisa Brake Titre : Responsable des communications Organisation : Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta Courriel : lisa.brake@hqca.ca Téléphone : (403) 297-4091

## 22. Projet pilote de « déprescription »

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2013 - 00:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://www.vancouver.sun.com/health/empowered-health/Richmond+hospital+study+aims+reduce+drug+prescriptions+seniors/7089371/story.html">http://www.vancouver.sun.com/health/empowered-health/Richmond+hospital+study+aims+reduce+drug+prescriptions+seniors/7089371/story.html</a>
---	-----------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Scott Garrison Titre : Directeur de la recherche médicale Organisme : Vancouver Coastal Health (secteur Richmond) Courriel : n. d. Téléphone : 604-271-1822 Dernière version : 15 février 2013

## 23. Mise en œuvre du programme national d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Colombie-Britannique, dans le cadre du réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2012 - 00:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/sqan/">http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/sqan/</a>
---	-----------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Marlies van Dijk, Inf. aut., M.Sc. Titre : Directrice Organisme : NSQIP Courriel : mvandijk@bcpsqc.ca Téléphone : 604-668-8228 Dernière mise à jour : 17 janvier 2013

## 24. Académie de la qualité du Patient Safety and Quality Council de la Colombie-Britannique (BCPSQC)

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://bcpsqc.ca/learning/quality-academy/">http://bcpsqc.ca/learning/quality-academy/</a>
---	-----------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Andrew Wray Titre : Directeur, Initiatives stratégiques et d'apprentissage, BCPSQC Organisme : BC Patient Safety and Quality Council (BCPSQC) Courriel : awray@bcpsqc.ca Téléphone : 604-668-8215

## 25. Initiative de Gestion des soins cliniques de la Colombie-Britannique

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: <a href="http://www.clinicalcaremanagement.ca">http://www.clinicalcaremanagement.ca</a>
---	-----------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : James Watson Titre : Directeur, Amélioration clinique et Gestion des soins cliniques Organisme : Ministère de la Santé de la C.-B., Direction de la sécurité des patients et de la qualité des soins Courriel : james.watson@gov.bc.ca Téléphone : 250-952-2336

## 26. National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)

Implementation Year:	Location: National,	Practice Website:
----------------------	---------------------	-------------------



Mercredi, février 3, 1999 - 00:15	International	<a href="http://site.acsnsqip.org/program-specifics/nsqip-history/">http://site.acsnsqip.org/program-specifics/nsqip-history/</a>
-----------------------------------	---------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gina M. Pope Titre: IA, CNOR Organisme : NSQIP, ACS Courriel : [gpope@facs.org](mailto:gpope@facs.org) Téléphone : 312-202-5607

## 27. Toronto Virtual Ward

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.gim.utoronto.ca/Research/vward.htm">http://www.gim.utoronto.ca/Research/vward.htm</a>
---	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Irfan A. Dhalla Titre : Département de médecine Organisme : St. Michael's Hospital Courriel : [DhallaI@smh.ca](mailto:DhallaI@smh.ca)





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

# Virginia Mason Production System (système de production Virginia Mason)

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## APERÇU :

Cette pratique innovatrice vise à fournir un système de production de la santé à l'échelle du réseau afin d'améliorer la gestion des processus cliniques, de réduire le gaspillage et d'offrir des soins de meilleure qualité.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Virginia Mason Medical Center (VMMC) (centre médical Virginia Mason) comprend l'hôpital Virginia Mason et un réseau de cliniques de soins primaires et spécialisés situées aux États-Unis, à Seattle, dans la région de Washington. Le centre médical VMMC est un organisme sans but lucratif comprenant 238 lits.

En 2002, le centre médical VMMC a adopté les principes fondamentaux du Toyota Production System (TPS) (système de production de Toyota), en l'intitulant le Virginia Mason Production System (VMPS) (système de production Virginia Mason). Alors que certains centres médicaux ont amorcé des projets à l'aide du TPS, le système Virginia Mason est le premier à intégrer la philosophie de gestion de Toyota dans l'ensemble de son système.

Le principe clé de l'utilisation du système VMPS consiste à comprendre que le personnel qui exécute les tâches connaît les problèmes et possède les meilleures solutions. Les stratégies du système VMPS vont de la mise à l'essai et la mise en œuvre immédiate d'idées à petite échelle à la planification à long terme qui permet d'aménager de nouveaux locaux et de remanier les processus.

Le centre médical VMMC a recours à plusieurs activités d'amélioration continue, comme les Rapid Process Improvement Workshops (RPIW) (ateliers sur l'amélioration rapide des processus), accompagnés de points d'évaluation de suivi et d'événements Kaizen axés sur les changements cumulatifs ainsi que d'ateliers 3P (production, préparation, processus) destinés à effectuer le remaniement complet d'un processus.

## RÉPERCUSSIONS :

En 2010, le centre médical VMMC figurait en tête de liste (parmi 1 %) de tous les hôpitaux des É.-U. sur le plan de la qualité et de l'efficacité, selon le programme de reconnaissance d'hôpitaux Leapfrog. Le centre médical VMMC a organisé 850 activités d'amélioration continue comprenant des membres du personnel, des patients et des invités. Depuis que le système de gestion a été mis en œuvre, des membres du personnel du centre médical VMMC ont évalué et analysé régulièrement les processus de presque tous les secteurs du centre médical à l'aide d'évaluations sous forme écrite et verbale et de rétroaction. Plus bas, se trouvent quelques exemples de la façon dont le système de production VMPS a amélioré la qualité des soins aux patients :

1. Les patients passent davantage de temps à valeur ajoutée avec les fournisseurs, et les outils et processus du système VMPS aident les fournisseurs à prodiguer les meilleurs soins possibles sans faute.
  - Le centre médical VMMC a diminué le nombre d'heures pendant lesquelles le service d'urgence était fermé et incapable de recevoir de nouveaux patients de plus de 90 p. cent au cours des deux dernières années.
  - En apportant des changements essentiels, les médecins, qui restaient auparavant jusqu'à 20 h ou 21 h pour exécuter des tâches administratives, quittent maintenant à 18 h. Aujourd'hui, ces cliniques réalisent systématiquement des marges nettes positives et accueillent davantage de patients sans sacrifier le temps accordé à chaque patient.
  - Le système a permis de réduire le temps nécessaire afin de faire rapport des résultats de tests en laboratoire aux patients de plus de 85 p. cent.



1. Les patients bénéficient d'une plus grande sécurité, d'une diminution du délai pour la consultation de médecins et de résultats et traitements en temps plus opportun.
  - Le système Patient Safety Alert (PSA) (alerte de sécurité aux patients), exigeant que tous les membres du personnel qui font face à une situation susceptible de léser un patient fassent un rapport immédiat et cessent toute activité qui pourrait causer davantage un préjudice, a permis d'effectuer la déclaration de 14 604 alertes de 2002 à 2009.
  - La réduction des cotisations à l'assurance responsabilité civile professionnelle de 56 p. cent.
  
1. Le personnel du centre médical VMMC bénéficie d'une diminution des reprises des tâches et de possibilités accrues de prestation de soins aux patients
  - La distance à parcourir à pied des infirmières a été réduite dans l'hôpital de 750 milles par jour, libérant plus de 250 heures de marche pour prodiguer des soins directs aux patients.
  - Productivité accrue d'environ 93 p. cent dans quelques secteurs ciblés en transportant les fournitures les plus courantes au point d'utilisation et en créant des trousseaux comportant des fournitures d'usage courant.
  
1. L'organisme bénéficie d'un fonctionnement plus efficace. En bout de ligne, les économies sont réinvesties à l'appui de la mission du centre médical VMMC afin d'améliorer la santé et le bien-être des patients.
  - Le système a permis de réaliser des économies de 11 millions de dollars en investissement prévu de capitaux en utilisant les locaux de façon plus efficace, et a libéré environ 25 000 pieds carrés de locaux à l'aide de plans d'aménagement améliorés.
  - Diminution des coûts d'inventaire de 2 millions de dollars grâce aux efforts de normalisation et de réduction des dépenses de la chaîne d'approvisionnement.

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

Bien que d'autres centres médicaux utilisent le système TPS, aucun n'a adopté et appliqué l'approche de manière holistique dans l'ensemble de l'organisme. Par exemple, le service des finances du centre médical VMMC a utilisé le système VMPS afin d'aborder les frais à payer (frais appartenant à l'organisme qui n'ont pas été versés en temps opportun).

En 2008, le Virginia Mason Institute a été fondé afin d'offrir un programme d'enseignement et de formation sur le système VMPS à d'autres organismes, notamment les fournisseurs de soins de santé, en soulignant le fait que cette pratique innovatrice en tant que système peut être appliquée à d'autres établissements de soins de santé.

De nombreux partenariats à long terme ont été établis avec d'autres compétences, notamment un partenariat avec la North East Transformation System Coalition (coalition sur les systèmes de transformation du Nord-Est), se composant de 10 fournisseurs du National Health Service (NHS) du Royaume-Uni, dans le Nord-Est de l'Angleterre. Au Royaume-Uni, la fondation Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, un fournisseur de services pour troubles d'apprentissage et en santé mentale, a réalisé des avantages importants de façon précoce en adoptant avec enthousiasme le système VMPS. Bien que des représentants du centre médical VMMC aient visité la Saskatchewan, à notre connaissance, aucune province et aucun territoire n'ont mis en œuvre cette pratique au Canada.

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

Nom : Diane Miller  
Titre : Directrice exécutive  
Organisme : Virginia Mason Institute  
Courriel : [diane.miller@vmmc.org](mailto:diane.miller@vmmc.org)  
Numéro de téléphone : 206-341-0140  
Dernière mise à jour : 19 avril 2013



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

Virginia Mason Production System [page Web de la pratique] <https://www.virginiamason.org/VMPS>

*Fast Facts Virginia Mason Production System* [https://www.virginiamason.org/workfiles/pdfdocs/press/vmps\\_fastfacts.pdf](https://www.virginiamason.org/workfiles/pdfdocs/press/vmps_fastfacts.pdf)

<http://www.virginiamasoninstitute.org/>

Le Conference Board of Canada. *Improving Value at Hospitals Through Process Management* (mars 2013)

<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5351>

Nelson-Peterson, D. L. et Leppa, C. J. (2007). *Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. Journal of nursing administration*, vol. 37, numéro6, p. 287-294. Extrait de :

[http://estuff.hksinc.com/Info%20Bytes/Oct/Article/LeanPrinciples\\_Nursing.pdf](http://estuff.hksinc.com/Info%20Bytes/Oct/Article/LeanPrinciples_Nursing.pdf)

Furman, C. et Caplan, R. (2007). *Applying the Toyota Production System: using a patient safety alert system to reduce error. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 33, numéro 7, p. 376-386.

KPMG. *A Better Pill to Swallow, A global view of what works in Healthcare* (2012)

<http://www.kpmg.com/Global/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/a-better-pill-to-swallow-jan-2012.pdf>

*What does Lean mean for RHA board members in Saskatchewan? A conversation with Carolyn Corvi, Board Chair of Virginia Mason Health System* (Seattle, WA) (11 février 2013)

<http://hqc.sk.ca/Portals/0/documents/Conversation%20with%20Carolyn%20Corvi%202013-02-11.pdf>

**External Source:** <https://www.virginiamason.org/VMPS>



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

# Le Modèle de soins interprofessionnels© de L'Hôpital d'Ottawa (MSIP© de L'HO)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice est un guide servant à coordonner les soins offerts aux patients par les professionnels de la santé des différentes disciplines. Le modèle tient compte des compétences spécifiques des différents professionnels de la santé, des orientations stratégiques de leur hôpital et de la nécessité de collaborer pour offrir des soins axés sur le patient.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Modèle de soins interprofessionnels© de L'Hôpital d'Ottawa (MSIP© de L'HO) est un guide servant à coordonner les soins offerts aux patients par les professionnels de la santé des différentes disciplines. Le modèle tient compte des compétences spécifiques des différents professionnels de la santé, des orientations stratégiques de L'Hôpital d'Ottawa et de la nécessité de collaborer pour offrir des soins axés sur le patient. Le MSIP© de L'HO, qui est la prochaine pierre angulaire de la restructuration du système de L'HO, serait le premier en son genre. Le MSIP© de L'HO est un ensemble de 22 principes directeurs à l'aide desquels les équipes coordonnent les soins cliniques. Ces principes sont axés sur les concepts de la collaboration, de la reddition de comptes, de la communication interprofessionnelle et de la participation des patients aux prises de décisions.

Afin de favoriser la mise sur pied du MSIP© de L'HO, un programme d'éducation interprofessionnelle a été créé dans le but de renforcer les principes des soins interprofessionnels auprès des professionnels de la santé, des étudiants et des patients. Le programme d'éducation multidimensionnel a interpellé un nombre important de professionnels de la santé. Le soutien financier pour les trois premières années de la mise en œuvre de cette initiative de soins interprofessionnels, de 2007 à 2010, a été fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Depuis ce temps, L'HO se charge du financement.

Conçu par des patients et des fournisseurs de soins de santé, le MSIP© de L'HO est guidé par un groupe directeur dont les membres sont issus et représentatifs des professions de la santé. Le fruit du travail de patients et de leurs fournisseurs de soins de santé, il présente une souplesse unique. C'est justement cette qualité qui permet la mise en œuvre du MSIP© par un si grand nombre d'équipes dans l'ensemble de L'Hôpital. Le programme a été mis sur pied au sein de 96 équipes dans un grand centre universitaire des sciences de la santé. Chaque équipe se penche sur les principes directeurs et décide de la façon de les mettre en pratique au sein du groupe. L'équipe dresse ensuite un plan d'action autour des changements à mettre en place afin de respecter les principes directeurs.

## RÉPERCUSSIONS :

Une équipe de recherche utilise des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour évaluer le modèle au point de départ (TO) ainsi que six mois (T1) et 12 mois (T2) après sa mise en œuvre. La collecte des données TO et T1 est terminée tandis que le rassemblement des données T2 est en cours. Les résultats attendus sont : une meilleure qualité de soins pour les patients grâce à une collaboration interprofessionnelle plus efficace, un bien-être accru pour le personnel et un climat organisationnel plus favorable.

Les données anecdotiques actuelles montrent que les membres de l'équipe sont plus engagés et que les stratégies novatrices mises en place ont amélioré la collaboration entre eux ainsi que les soins prodigués aux patients et aux familles. Un certain nombre de ces changements étaient simples, comme commencer à tenir régulièrement des événements sociaux afin d'améliorer l'esprit d'équipe ou mettre à jour une brochure propre à l'unité. D'autres étaient légèrement plus compliqués, comme améliorer le processus du congé et du transfert des patients d'une unité à l'autre, instaurer une politique de tolérance zéro à l'égard de l'intimidation et des comportements irrespectueux, mettre sur pied un conseil interprofessionnel, amener l'équipe à s'engager à améliorer la communication interprofessionnelle et utiliser des outils de documentation



interprofessionnels. Une stratégie du même genre, l'étude CARD (Cardiac Arrest with Roles Defined), vise à améliorer la sécurité des patients dans les salles d'opération. La station CJOH, qui est affiliée au réseau CTV à Ottawa, a dressé un profil de l'initiative en septembre 2011.

Plus de 5 000 infirmières et autres professionnels de la santé prennent part à la mise en œuvre. L'initiative devrait apporter des améliorations sur les plans de l'habilitation, de la satisfaction au travail, du recrutement et du maintien en poste. Les résultats auront des effets sur la pratique clinique, la recherche, l'éducation et l'administration.

Un rapport préliminaire sur les résultats sera prêt à la fin d'avril 2013. Une analyse complète des données commencera lorsque la collecte des données T2 sera terminée, à la fin du mois d'avril.

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

Le MSIP© était entièrement élaboré et mis en place à l'HO et il semblait être le premier en son genre. Par contre, les principes directeurs de ce programme et les processus de mise en œuvre et d'évaluation sont suffisamment souples pour être utilisés dans différents milieux de soins de santé, pour des populations de patients variées et par des équipes interprofessionnelles de toutes sortes. Le MSIP© a été mis en place dans 96 équipes différentes à L'Hôpital d'Ottawa.

Proposé à plus de 5 000 infirmières et autres professionnels de la santé au sein de l'organisation, le programme éducatif a déjà été adapté et offert dans cinq centres universitaires des sciences de la santé du RLISS de Champlain. De plus, des partenaires externes qui procèdent actuellement à la mise en œuvre du Modèle de pratique infirmière clinique de L'Hôpital d'Ottawa se sont également montrés intéressés à mettre sur pied le MSIP© de L'HO.

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

Nom : Ginette Rodger

Titre : Première vice-présidente de la Pratique professionnelle et chef de direction des Soins infirmiers

Organisme : L'Hôpital d'Ottawa

Courriel : [grodger@ottawahospital.on.ca](mailto:grodger@ottawahospital.on.ca)

Téléphone : 613-737-8749

Dernière mise à jour : Le 5 avril 2013

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

##### **Autre :**

Rodger, G. (2012). Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé.

##### **External Source:**

<http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare>



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

# Bilan comparatif des médicaments : Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Gestion des produits pharmaceutiques
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à créer une approche pancanadienne afin d'atténuer les incidences liées à la sécurité des médicaments en accroissant les capacités de déclaration et les réseaux interprofessionnels.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le bilan comparatif des médicaments est un processus officiel dans lequel les fournisseurs de soins de santé collaborent avec les patients, les familles et les personnes soignantes afin de faire en sorte que des renseignements exacts et complets sur les médicaments soient communiqués de manière uniforme à tous les points de transition. Le bilan comparatif des médicaments nécessite un examen systématique et exhaustif de tous les médicaments que le patient prend (appelé le meilleur profil pharmaceutique possible) afin de s'assurer que les médicaments qui sont ajoutés, changés ou abandonnés soient évalués soigneusement. Cet aspect de la gestion des médicaments éclaire les prescripteurs et leur permet de prendre les décisions relatives aux ordonnances les plus pertinentes pour le patient et avec le patient.

Les incidents liés à la sécurité des médicaments demeurent une source importante de préjudices évitables pour les patients qui ont recours au système de soins de santé canadien. En 2005, par l'entremise de l'initiative *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) et plusieurs organismes provinciaux et nationaux se sont associés afin de créer une approche pancanadienne visant à multiplier les capacités et les réseaux interprofessionnels dans le but d'atténuer ces préjudices. La mise en place et le partage des interventions et des stratégies de mesure ont été facilités par des « nœuds » géographiques répartis aux quatre coins du pays. L'intervention qui porte sur le bilan comparatif des médicaments soutient plus de 500 équipes de soins de courte durée, de longue durée et à domicile afin d'encourager la mise sur pied de processus qui font en sorte que des renseignements pharmaceutiques exacts et complets soient communiqués de manière uniforme à tous les points de transition. En partenariat avec l'ICSP, ISMP Canada soutient le bilan comparatif des médicaments à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Au Canada, les équipes de SSPSM sont épaulées par des webinaires nationaux en direct, des conférences en face-à-face, des séries virtuelles, des activités de collaboration et une communauté en ligne. De plus, les trousseaux *En avant! Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* conçues pour mettre sur pied le bilan comparatif des médicaments dans des contextes de soins de courte durée, de soins de longue durée et de soins à domicile donnent aux praticiens tout ce dont ils ont besoin pour commencer la mise en place, y compris une méthode d'amélioration de la qualité.

L'« approche ascendante » nationale de SSPSM a révélé que, sans un solide soutien de la part des dirigeants, l'initiative ne peut pas être mise en œuvre à l'échelle du système d'une façon fiable. Afin de continuer d'encourager ce changement de pratique important, un sommet national des dirigeants, qui s'est déroulé en février 2011, a donné lieu à l'élaboration d'une stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments. Un protocole d'accord émanant des 13 organismes qui ont participé au sommet témoigne de leur engagement collectif à l'égard de leur rôle dans l'initiative pour le bilan comparatif des médicaments.

Également en 2011, 50 organismes de soins de santé (de neuf provinces) ciblés comme des leaders potentiels de la pratique ont été sondés afin de mieux comprendre le paysage actuel du bilan comparatif des médicaments au Canada. Parmi ces organisations, 74 % avaient entièrement mis sur pied un bilan comparatif des médicaments dès l'admission, 43,6 % l'avaient fait au moment du transfert et 37,2 % avaient attendu à l'étape du congé. L'utilisation de la technologie a été déterminée comme une exigence clé pour une mise en place réussie du bilan comparatif des médicaments dans le continuum de soins. Le sondage a également révélé les difficultés, les facteurs de réussite ainsi que le rôle des éléments et des soutiens externes dans la mise sur pied du bilan comparatif, en plus de valider les orientations et les priorités futures de la Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments. Des évaluations de ce genre montrent que les organismes de soins de santé



qui ont mis sur pied avec succès un bilan comparatif des médicaments sont convaincus que ce bilan est un avantage pour les patients, que c'est la bonne chose à faire et qu'il rend les médicaments plus sûrs. À l'aide des données du sondage, la carte pour vérifier le bilan comparatif des médicaments à travers le pays [Cross Country MedRec Check-Up map](#) a été dressée afin de souligner les succès des équipes chargées du bilan comparatif des médicaments, les soutiens provinciaux et nationaux, la recherche canadienne, les articles publiés ainsi que la réussite de la mise en place des TI.

Le soutien des campagnes de sensibilisation de la population, l'utilisation des médias sociaux et l'éducation des consommateurs afin de les aider à faire le suivi de leurs médicaments à l'aide d'une application pour téléphones mobiles novatrice appelée [MédiCarnet](#) sont des aspects importants de la Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments.

ISMP Canada s'est associé à plusieurs organismes pour concevoir l'application [MédiCarnet](#), qui permet aux utilisateurs de suivre leurs médicaments ainsi qu'un certain nombre de paramètres liés à des maladies, comme les mesures de la tension artérielle et du cholestérol. L'application pour téléphones mobiles envoie également des rappels au sujet des renouvellements et des dosages, permet aux utilisateurs de transmettre leur dossier à leur médecin par courrier électronique et fournit les coordonnées des prescripteurs et des pharmacies. Cet outil a été nommé l'application du mois dans le numéro de février 2013 du magazine *Canadian Living* et classé au premier rang des meilleures applications médicales gratuites dans le magasin iTunes en janvier 2013.

Inforoute Santé du Canada offre un financement à l'ICSP, à ISMP Canada et à une équipe de recherche de l'Université de Victoria pour leurs travaux courants. Ces travaux comprennent la création d'outils et de ressources pour aider les organismes de soins de santé du Canada à intégrer le bilan comparatif des médicaments par voie électronique dans l'ensemble de leurs efforts afin de mettre sur pied un dossier de santé électronique à l'échelle du système.

#### RETOMBÉES :

Les équipes de SSPSM sont invitées à soumettre des données au groupe de mesure central de SSPSM à l'Université de Toronto, qui aide les équipes à faire des comptes rendus de leurs progrès en ce qui a trait au bilan comparatif des médicaments et à se comparer aux autres équipes. Des mesures de base ont été conçues afin d'aider à évaluer la stratégie d'amélioration et à rallier les cadres supérieurs. Les mesures de base, qui sont les mesures minimales requises pour évaluer la réussite du bilan comparatif des médicaments, sont notamment :

- le pourcentage de patients qui ont fait un bilan comparatif de leurs médicaments (mesuré individuellement aux étapes de l'admission, du transfert et du congé);
- le nombre moyen d'écarts involontaires par patient (à l'admission);
- le nombre moyen d'écarts volontaires non documentés par patient (à l'admission).

À l'aide des données présentées volontairement par les équipes participantes au cours d'une période de cinq ans, les écarts involontaires ont diminué de plus de 30 % par rapport aux taux moyens d'écarts involontaires de référence. Les données de référence ont indiqué une moyenne de plus d'un écart involontaire (erreur potentielle) par patient.

L'[outil de vérification de la qualité du bilan comparatif des médicaments](#) a été créé en 2012. Cet outil permet aux organismes de :

1. qualifier et quantifier la mesure dans laquelle ils accomplissent les aspects fondamentaux du bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission;
2. déterminer des étapes ou des processus précis du bilan comparatif des médicaments qui doivent être améliorés.

Cet outil sera lancé en 2013 lorsque les utilisateurs finaux auront fait un dernier examen et que leurs impressions auront été intégrées.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle canadien est en cours de mise au point dans cinq autres pays inscrits au projet « High 5s » (les cinq solutions prioritaires) qui vise l'exactitude des ordonnances aux points de transition (un bilan comparatif des médicaments) de l'Organisation mondiale de la Santé. Le Canada dirige le [protocole opératoire normalisé](#) et notre expérience avec la mise sur pied du bilan comparatif des médicaments, dans le cadre de l'initiative SSPSM, a permis de cerner des enseignements importants que d'autres pays devraient prendre en considération lorsqu'ils vantent les mérites du bilan comparatif des médicaments sur la scène internationale.



ISMP Canada continue d'offrir un soutien permanent aux équipes réparties aux quatre coins de la planète. Une carte du monde qui indique les bilans comparatifs des médicaments est en cours de mise au point afin de souligner les travaux des équipes et la recherche liés au bilan comparatif des médicaments à l'échelle internationale.

#### PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : Margaret Colquhoun, Marie Owen

Titre : Co-responsables canadiennes, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments

Organisme : ISMP Canada; Institut canadien pour la sécurité des patients

Courriel : [mcolquhoun@ismp-canada.org](mailto:mcolquhoun@ismp-canada.org); [mowen@cpsi-icsp.ca](mailto:mowen@cpsi-icsp.ca)

Téléphone : 416-733-3131, poste 227

Dernière mise à jour : Le 3 avril 2013

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

##### Autres :

- Colquhoun, M. (2012). Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national sur les soins de santé intégrés du Conseil canadien de la santé.
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (s.d.). *Bilan comparatif des médicaments*. Extrait de : <http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/Interventions/medrec/Pages/default.aspx>

External Source: <http://www.ismp-canada.org/medrec/>





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

# Readmission Reduction Program through Payment Systems (programme de réduction des réadmissions à l'aide de systèmes de paiements aux États-Unis)

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à diminuer les taux de réadmission dans les hôpitaux en changeant le système de paiements préétablis pour les malades hospitalisés.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les réadmissions dans les hôpitaux en Amérique du Nord font l'objet d'une attention grandissante, car elles sont une source de soins de piètre qualité et de dépenses excessives qui peuvent être corrigés pour la plupart. Selon une étude réalisée aux États-Unis en 2009, près de 20 % des bénéficiaires du régime Medicare sont hospitalisés de nouveau dans les 30 jours qui suivent leur congé à un coût annuel qui se chiffre entre 15 et 25 milliards de dollars.

En 2012, l'*Affordable Care Act* (ACA) aux États-Unis a été modifié lorsqu'un nouvel article, qui instaurait le Hospital Readmissions Reduction Program, a été ajouté au *Social Security Act*. Cette modification exige que les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) diminuent les paiements aux hôpitaux qui utilisent le système de paiements préétablis pour les patients hospitalisés et qui ont des réadmissions excessives. Ce changement est entré en vigueur pour les congés d'hôpitaux le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Dans la dernière règle qui visait le système de paiement préétablis pour les patients hospitalisés au cours de l'exercice 2012, les CMS ont mis la dernière main aux mesures liées aux réadmissions pour un infarctus aigu du myocarde, une insuffisance cardiaque ou une pneumonie. Ils ont également mis au point une méthode de calcul pour les ratios de réadmissions excessives. Ces ratios serviront, en partie, à calculer le rajustement des paiements pour les réadmissions dans le cadre du Hospital Readmissions Reduction Program. Les CMS ont défini la réadmission comme une admission dans un hôpital dans les 30 jours qui suivent un congé du même hôpital ou d'un autre hôpital. Les ratios de réadmissions représentent le rendement lié aux réadmissions d'un hôpital par rapport à la moyenne nationale pour les patients des hôpitaux qui souffrent d'un infarctus aigu du myocarde, d'une insuffisance cardiaque ou d'une pneumonie. Les CMS ont instauré une politique qui consiste à se servir de la méthode de rajustement en fonction des risques approuvée par le National Quality Forum pour calculer ces ratios de réadmissions excessives. Le ratio de réadmissions excessives est rajusté selon des facteurs cliniques pertinents, comme les caractéristiques démographiques des patients, les comorbidités et la fragilité. Enfin, les CMS ont pour politique d'utiliser les données sur les congés pendant une période de trois ans et au moins 25 cas pour calculer le ratio d'admissions excessives d'un hôpital pour chaque pathologie pertinente. Pour l'exercice 2013, le ratio de réadmissions excessives est fondé sur les congés qui ont été accordés pendant la période de trois ans qui s'étend du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 30 juin 2011.

Même si la pénalité maximale est fixée à 1 % pour 2013, et qu'elle finira par atteindre 3 % des paiements versés à un hôpital par le régime Medicare, la mise en place par les CMS diminue les pénalités potentielles dans leur ensemble à seulement 0,2 % des paiements versés par le régime Medicare à l'échelle nationale en 2013. Les paiements aux hôpitaux qui ont des taux de réadmission inférieurs à la moyenne pour les trois pathologies resteront inchangés. Par la suite, les CMS prévoient étendre ce programme de manière à inclure d'autres diagnostics courants pour lesquels les réadmissions peuvent théoriquement être évitables, ce qui présentera des avantages financiers très importants.

## RÉPERCUSSIONS :

Dans le cadre du Hospital Readmissions Reduction Program, les CMS ont estimé que pour l'exercice 2013, les paiements



versés par le régime Medicare pour le fonctionnement du système de paiements préétablis pour les patients hospitalisés diminueront dans l'ensemble d'environ 300 millions de dollars (ou 0,3 %).

Les données des CMS montrent qu'environ 2 200 hôpitaux s'exposent à une pénalité au cours de l'exercice 2013 et que plus de 270 d'entre eux devront payer la pénalité maximale de 1 % pour l'exercice 2013 (plus de 12 %). Les CMS ont déclaré, dans la dernière règle communiquée en août 2012, que le programme devrait engendrer une diminution de 280 millions de dollars en paiements versés aux hôpitaux.

Le 28 février 2013, Jonathan Blum, des CMS, administrateur associé principal par intérim et directeur du Center for Medicare, a informé le comité des finances du Sénat que le taux de réadmissions dans les hôpitaux dans les 30 jours pour toutes les causes confondues a chuté à 17,8 % au cours du dernier trimestre de 2012 après s'être situé en moyenne à environ 19 % au cours des cinq dernières années.

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

La politique des pénalités pour les réadmissions des CMS a attiré l'attention des hôpitaux et inspiré des approches similaires parmi d'autres payeurs, tandis que les taux de réadmissions sont devenus un marqueur de qualité dans les programmes d'établissement de rapports destinés au public. Cette pratique novatrice a toutefois des limites. À titre d'exemple, les hôpitaux ne peuvent pas apporter de correctifs supplémentaires liés aux données sous-jacentes des allégations ni ajouter de nouvelles allégations à l'extrait de données utilisé pour calculer les ratios pendant les processus d'examen et de correction. La pratique ne prévoit pas non plus de récompenses pour les hôpitaux qui s'améliorent.

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

Nom : Jonathan Blum  
Titre : Administrateur associé et directeur  
Organisme : Center for Medicare  
Courriel : [Jonathan.Blum@cms.hhs.gov](mailto:Jonathan.Blum@cms.hhs.gov)  
Téléphone : 202-690-6301 DC | 410-786-4164 Baltimore

Dernière mise à jour : Le 8 avril 2013

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

##### **Publication :**

- Berenson, R.A., Paulus, R.A. et Kalman, N.S. (2012). Medicare's readmissions-reduction program—A positive alternative. *New England Journal of Medicine*, 366, 1364–1366. Extrait de : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1201268>

##### **Autre :**

- Dorland Health. (17 avril 2013). Improving medication management, reducing readmissions [webinaire]. [http://www.dorlandhealth.com/webinars/Medication\\_Management\\_Reducing\\_Readmissions/#about](http://www.dorlandhealth.com/webinars/Medication_Management_Reducing_Readmissions/#about)

##### **External Source:**

<http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>



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

# Programme avancé de formation, Intermountain Healthcare

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les professionnels de la santé, les dirigeants et les gestionnaires des services de santé du monde entier s'efforcent constamment d'améliorer le rendement et la qualité des systèmes de soins de santé grâce à la promotion de leurs connaissances et compétences. Aux États-Unis, le Programme avancé de formation (PAF) offre un cours pratique et approfondi aux professionnels de la santé qui doivent enseigner, mettre en œuvre et examiner l'amélioration de la qualité, la mesure des résultats et la gestion des processus cliniques et non cliniques.

Le PAF a été mis en œuvre à l'origine en Utah au début de 1991. Le programme vise à former des dirigeants supérieurs, des cadres moyens et des professionnels de la santé de première ligne concernant la théorie et l'application des méthodes de contrôle des coûts et de contrôle de la qualité ainsi que l'infrastructure universitaire des services de santé. Le programme est financé au moyen des droits de scolarité (10 500 dollars par participant) et de fonds externes des collaborateurs de l'Institute for Health Care Delivery Research faisant partie du système Intermountain Healthcare.

Le programme a pour but de fournir aux participants les connaissances et outils nécessaires afin de mener des projets d'amélioration des pratiques cliniques à la fine pointe de la technologie, d'utiliser des méthodes d'amélioration de la qualité permettant de gérer et d'intégrer les processus non cliniques, de mettre en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité et de mener une formation interne sur l'amélioration de la qualité. Le PAF offre également aux participants la possibilité de se joindre à un réseau national et international qui fournit un soutien continu et un système d'échange d'information en vue de collaborations futures.

Dans le cadre du cours, chaque participant au PAF doit choisir et mener à bien un projet d'amélioration, et en faire rapport. Le corps professoral et les analystes du PAF offrent des services de consultation et de soutien pour les projets des participants. L'Institut offre un mini-cours du PAF d'une durée de neuf jours qui est essentiellement destiné aux cliniciens, et un cours complet du PAF d'une durée de 20 jours qui est réparti en quatre séances. L'Institut s'appuie sur l'expérience du système Intermountain Healthcare et réunit des experts à l'échelle nationale afin d'enseigner la théorie et les techniques d'amélioration de la qualité, la mesure des résultats, les politiques et l'économie des soins de santé, le leadership et d'autres matières.

Le PAF est une pratique féconde qui est reconnue partout dans le monde en permettant d'établir une compréhension commune en matière de qualité pour les cliniciens de première ligne, les dirigeants des services de santé et les agents du changement interne, et comment en faire un élément de base des stratégies organisationnelles dans le secteur de la santé. Le programme n'appuie aucune approche particulière en matière d'amélioration (comme la méthode Planifier-Développer-Étudier-Agir, le modèle d'amélioration, Lean ou Six Sigma). Il enseigne plutôt une série de principes d'amélioration de base et présente les outils de diverses approches. De plus, la nature du programme, fondée sur l'intervention, permet une collaboration interdisciplinaire et un changement de culture visant à améliorer constamment la qualité des soins de santé.

## RÉPERCUSSIONS :

Le PAF fait partie de la formation médicale continue du système Intermountain Healthcare, qui est évaluée et accréditée tous les ans par l'Accreditation Council of Continuing Medical Education en fonction de résultats positifs réguliers lors d'évaluations approfondies. Jusqu'à ce jour, plus de 3 500 participants à l'échelle nationale et internationale ont obtenu un diplôme dans le cadre du programme, entraînant la création de plus d'un millier de projets d'amélioration de la qualité, dont certains ont été reconnus. Les antécédents des participants sont variés : 40 p. cent sont des médecins gestionnaires, 20 p. cent des infirmières et autres cadres cliniciens, 15 p. cent du personnel administratif, 10 p. cent des cadres supérieurs et 10 p. cent des chercheurs universitaires. Le PAF a des antécédents reconnus en ce qui concerne les résultats auprès des patients et l'optimisation des ressources. Brent C. James, vice-président de la recherche médicale et de la formation médicale continue du système



Intermountain Healthcare et directeur exécutif de l'Institute for Health Care Delivery Research, estime que le PAF a produit un rendement du capital investi de quatre pour un dans le cadre du système Intermountain Healthcare depuis sa mise en œuvre au début des années 90. À l'heure actuelle, seulement 20 p. cent des diplômés sont issus du système Intermountain Healthcare.

Intermountain Healthcare a remporté plusieurs prix à la suite de son initiative d'amélioration de la qualité, notamment le PAF. Parmi ces distinctions, mentionnons le prix *Quality Health Care Award* (prix pour la qualité des soins de santé) décerné en 1996 par le National Committee for Quality Health Care (comité national pour la qualité des soins de santé) et le prix *Healthcare Forum/Witt Award: Commitment to Quality* (prix pour l'engagement envers la qualité) décerné en 1991 par The Healthcare Forum et Witt Associates.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le PAF a été adapté par plus d'une cinquantaine de compétences et systèmes de santé, tels que Veterans Affairs (Anciens Combattants) des États-Unis et le système national de la santé au Royaume-Uni. D'autres pays, dont l'Australie et l'Allemagne, ont également manifesté un intérêt concernant l'adaptation de cette pratique. Au Canada, le PAF a été adapté en Colombie-Britannique depuis 2006 en tant que la Quality Academy, et débutera en Ontario à l'automne de 2013 dans le cadre du Programme IDÉES pour l'excellence à travers tous les secteurs (IDEAS).

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

- Baker, G.R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K. et Born, K. (2008). Intermountain Healthcare. *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design* (p. 151–178). Longwoods Publishing, Toronto. <http://www.longwoods.com/content/20146>
- Daley, J. (9 novembre 2009). *Intermountain Healthcare becoming an example to the nation*. KSL. <http://www.ksl.com/?nid=&sid=8612852>
- Intermountain Healthcare. (février 2012). *Trustee & senior leadership briefing notes 2012*. <http://intermountainhealthcare.org/about/overview/trustees/fortrustees/Documents/TrusteeBriefingNotes2012.pdf>
- BC Patient Safety & Quality Council. (s.d.). *Quality academy*. <http://bcpsqc.ca/learning/quality-academy/>
- Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. (s.d.). *L'excellence des soins pour tous : Programme IDÉES pour l'excellence à travers tous les secteurs*. <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/quality/ideas/>
- Intermountain Healthcare. (2013). *20-day course for executives & QI leaders: Advanced Training Program (ATP)*. <http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx>

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jean-Ann Wurtz

Titre : Coordonnatrice du Programme avancé de formation

Organisme : Institute for Health Care Delivery Research, Intermountain Healthcare

Courriel : [jean-ann.wurtz@imail.org](mailto:jean-ann.wurtz@imail.org)

Numéro de téléphone : 801-442-3718

Dernière mise à jour : 7 mars 2013

**External Source:** <http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx>



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

## Priorité aux résidents

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les soins de longue durée font maintenant partie intégrante des soins de santé au Canada et d'autres efforts sont nécessaires pour faire en sorte que les aînés reçoivent des soins adéquats au bon endroit. Priorité aux résidents est une initiative d'amélioration de la qualité globale et novatrice en Ontario qui aide les foyers de soins de longue durée à créer un environnement qui améliore la qualité de vie des résidents. L'initiative Priorité aux résidents facilite également un changement complet et durable en renforçant les capacités d'amélioration de la qualité du secteur des soins de longue durée.

Priorité aux résidents est une initiative quinquennale de Qualité des soins de santé Ontario (QSSO) lancée en 2009 grâce à un financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Une formation a été donnée par des experts en amélioration de la qualité de QSSO. Cette initiative axée sur le partenariat a été conçue avec la contribution d'un large éventail d'intervenants, y compris des organismes qui représentaient les foyers de soins de longue durée, les résidents et leur famille. Ces groupes continuent d'y contribuer en tant que membres du comité directeur provincial qui guide la mise en œuvre.

Les foyers qui participent au programme Priorité aux résidents bénéficient d'une formation destinée à soutenir leurs efforts d'amélioration de la qualité dans des domaines qui ont des retombées importantes sur la qualité de vie des résidents, comme la prévention des chutes et des plaies de pression, les soutiens comportementaux, l'utilisation du service des urgences, les soins aux personnes incontinentes et la continuité des soins pour les résidents. L'initiative Priorité aux résidents propose différents volets de formation, de facilitation et d'accompagnement personnalisés en amélioration de la qualité pour les dirigeants et le personnel qui œuvrent dans le secteur des soins de longue durée. Ces volets sont :

#### 1. Qualité de la direction

Ce volet vise à renforcer la capacité des dirigeants dans les branches des soins de longue durée en Ontario à mener et à concrétiser une amélioration de la qualité comme une stratégie clé pour accomplir leur mission et pour atteindre les objectifs de l'ensemble du secteur. Le programme, qui reconnaît l'influence majeure des dirigeants dans le cheminement vers l'amélioration de la qualité dans leurs régions, repose sur la pratique exemplaire pour soutenir les réalisations des dirigeants en matière d'amélioration de la qualité. L'engagement partagé de tous les participants vise à poursuivre le mandat de l'initiative Priorité aux résidents, qui consiste à accroître les capacités d'amélioration afin que la qualité des soins prodigués à chaque résident d'un foyer de soins de longue durée en Ontario soit la meilleure au Canada et comparable à celle des plus grandes compétences au monde.

#### 2. Apprentissage coopératif

Chaque foyer participant forme une équipe d'amélioration de la qualité composée de cinq membres qui doit se joindre à un collectif d'apprentissage Priorité aux résidents. À l'aide de ce modèle de collectif d'apprentissage, les équipes se penchent sur le même sujet et établissent des cibles communes, des mesures et des concepts pour le changement. Des ateliers d'apprentissage enseignent aux participants comment mettre en application les outils et les méthodes d'amélioration de la qualité dans leur propre pratique et les encouragent à partager leurs expériences. Les équipes d'amélioration de la qualité sont épaulées tout au long de ce processus par des responsables de l'amélioration, des outils Web et des communications. Les équipes produisent des rapports mensuels sur leurs progrès et leurs difficultés et échangent de l'information dans le cadre de téléconférences mensuelles et de sept réunions en tête-à-tête échelonnées sur une période de neuf mois.

#### 3. Formation sur l'amélioration

Une formation intensive, en personne, de sept jours axée sur le modèle d'amélioration et les méthodes Lean a été donnée dans la foulée de l'initiative Priorité aux résidents. L'initiative Priorité aux résidents s'est associée au projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement Behavioural Supports Ontario (BSO) dans le but d'offrir une version condensée de la formation de sept jours. Cette formation de trois jours avec un responsable de l'amélioration portait principalement sur les



interactions des clients de BSO avec les soins dans l'ensemble du système de santé. La troisième journée visait à aider le responsable de l'amélioration à mettre en application les connaissances et les compétences nouvellement acquises afin d'inculquer des comportements adaptés.

#### 4. Amélioration des processus LEAN

LEAN est une méthode d'amélioration de la qualité qui fait appel à plusieurs des outils et méthodes utilisés dans les systèmes d'amélioration de la qualité généraux. Les techniques LEAN sont employées par les équipes de première ligne, qui sont des expertes en la matière, pour réorganiser leurs processus. LEAN est une occasion pour les équipes d'amélioration de la qualité de se concentrer exclusivement sur l'analyse et la reconfiguration d'un processus clé particulier qui est indispensable à la qualité. Les équipes examinent les processus d'acheminement du travail dans les foyers, cherchent des moyens pour diminuer le chevauchement, uniformisent les étapes incompatibles et éliminent tout travail qui n'apporte pas une valeur ajoutée aux résidents.

Le programme Priorité aux résidents est unique au Canada dans le sens où il offre une formation sur l'amélioration de la qualité qui s'adresse précisément aux foyers de soins de longue durée d'un bout à l'autre de la province et qu'il permet de mesurer et de suivre les progrès individuels des foyers. Ce caractère unique justifie les efforts déployés par le personnel et les administrateurs afin d'améliorer la qualité et favorise une meilleure reddition de comptes. Tous les outils sont accessibles en ligne. Depuis le mois d'octobre 2012, l'initiative Priorité aux résidents a permis de former 1 966 employés et dirigeants en soins de longue durée aux quatre coins de la province et 90 % des foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont participé volontairement à l'un des volets d'apprentissage de l'initiative. En outre, 575 dirigeants ont suivi la formation sur la qualité de la direction, une formation axée sur les équipes a été donnée dans 433 foyers et 877 responsables de l'amélioration ont été formés. L'initiative prendra fin en 2014.

#### RÉPERCUSSIONS :

Au moment de rédiger ces lignes, l'initiative Priorité aux résidents est encore en cours et aucune évaluation officielle n'a été effectuée. Par contre, des foyers participants ont donné à entendre que les résidents et le personnel ont observé des effets positifs importants sur l'environnement des soins prodigués dans leur foyer grâce au programme. Un projet d'amélioration de la qualité au centre de soins Leisureworld d'Etobicoke a permis de réduire les chutes de 5,3 à 1,9 par semaine et de diminuer de façon considérable les infections des voies urinaires, qui figuraient parmi les principales causes de transfert des résidents au service des urgences. Les données ont indiqué que la diminution des transferts a permis d'éviter des coûts de 162 000 \$.

En plus des expériences fructueuses observées, QSSO fait des comptes rendus trimestriels sur les résultats liés à la qualité pour les foyers de soins de longue durée sur son site Web (<http://www.hqontario.ca/rapports/soins-de-longue-durée>) qui sont accessibles en fonction du code postal ou des réseaux locaux d'intégration de la santé. QSSO fait des rapports sur 12 indicateurs de qualité provinciaux, y compris les chutes, les plaies de pression, l'incontinence et le matériel de contention dans les foyers. Ces indicateurs peuvent servir à suivre les progrès de cette initiative même si, au moment d'écrire ces lignes, les données n'avaient pas été rassemblées en vue d'une évaluation officielle du programme.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des initiatives similaires destinées à renforcer les capacités, qui ont été mises sur pied aux États-Unis et au Royaume-Uni (avec un accent sur les soins palliatifs) au début des années 2000, ont donné des résultats positifs et suscité un intérêt accru pour les techniques d'amélioration de la qualité parmi les personnes qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée. Aux États-Unis, un programme appelé Advance Excellence in America's Nursing Homes (faire avancer l'excellence dans les foyers de soins infirmiers en Amérique) a été étudié afin de concevoir le programme Priorité aux résidents en Ontario. L'initiative Priorité aux résidents s'appuie également sur les leçons retenues d'une autre stratégie de renforcement des capacités en Ontario appelée Behavioral Supports Ontario, qui apporte un soutien en cas de troubles du comportement. Le programme Priorité aux résidents, qui a pris de l'expansion dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée de l'Ontario, pourrait probablement être transféré à d'autres compétences.

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

- Qualité des services de santé Ontario. (mars 2011). *Rapports sur les soins de longue durée*.  
<http://www.hqontario.ca/rapports/soins-de-longue-durée>
- Institut de recherche en politiques publiques. (24 janvier 2011). *Advancing quality in Ontario long-term care*.  
<http://www.irpp.org/events/archive/20110124/dobell.pdf>
- Griffin, T., Thomas, K. et Sawkins, N. (2009). 'Going for Gold': GSF in care homes training programme. *End of Life Care Journal*, 3(1).



<http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=DEFDBA446-C61C-4714-9C9B-F229DB3112DA&mode=link&guid=9d9423c7b38d49c9b74c02cdc95f1aa2>

- Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C. et Casler, R. (10 mars 2005). *Long-term care quality: Historical overview and current initiatives*. Washington, DC: National Commission for Quality Long-Term Care.  
<http://www.newschool.edu/lccc/pdf/txBackground03-10-05FINAL.pdf>
- Kissam, S., Gifford, D., Parks, P., Patry, G., Palmer, L. Wilkes, L., ... Barnette, L. (16 mai 2003). Approaches to quality improvement in nursing homes: Lessons learned from the six-state pilot of CMS's Nursing Home Quality Initiative. *BMC Geriatrics*, 3. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-3-2.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (s.d.). *Favoriser la qualité dans les foyers de soins de longue durée en Ontario* [brochure]. <http://www.residents1.ca/documents/communicationsnewsletters/rfbrochureenpdf>
- Site web Priorité aux résidents. <http://www.residents1.ca/>
- Stuart, G (communication personnelle : entrevue et rétroaction). Qualité des services de santé Ontario (22 mars 2013)

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Gayle Stuart  
Titre : Gestionnaire de programme, Priorité aux résidents  
Organisme : Qualité des services de santé Ontario  
Courriel : [gayle.stuart@hqontario.ca](mailto:gayle.stuart@hqontario.ca)  
Téléphone : 416-323-6868

Dernière mise à jour : 7 mars 2013

**External Source:** [http://www.quality-improvement/long-term-care\\_](http://www.quality-improvement/long-term-care_)



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module transformation

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, soutien de base et transformation.

Le MODULE transformation est une expérience de perfectionnement du leadership complète d'une durée de 10 mois axée sur des projets qui a été conçue spécialement pour les dirigeants de niveau supérieur du domaine des soins de santé. Le programme est centré sur le thème de la complexité des soins de santé qui nécessite des niveaux de compétences nouveaux et supérieurs, un comportement directorial, de l'innovation, une connaissance des systèmes et une pratique orientée sur la collaboration afin d'assurer la réussite des cadres supérieurs dans le domaine des soins de santé en Colombie-Britannique. Le MODULE transformation vise à accélérer l'afflux de cadres supérieurs qui sont prêts à mener l'innovation et le changement dans les soins de santé de plus en plus complexes en Colombie-Britannique et à créer une communauté de dirigeants chevronnés qui sont solidaires et déterminés à changer les choses et qui collaborent afin de transformer le système de soins de santé. Ces dirigeants, qui apprennent ensemble, participent à une formation conçue pour les aider à penser différemment et à former des réseaux et des partenariats au-delà des frontières traditionnelles. Le programme comprend : trois stages, une communauté en ligne, des équipes vouées à un projet d'apprentissage par l'action entre plusieurs disciplines et régies de la santé, un mentorat destiné aux cadres ainsi que des évaluations à 360 degrés. Le programme a été financé à l'aide d'une subvention de la BC Health Education Foundation et par chaque régie de la santé.

## RÉPERCUSSIONS :

Les comptes rendus personnels des dirigeants qui ont suivi le premier stage et la rétroaction de la Guiding Coalition donnent déjà à entendre qu'un certain nombre de changements visés par le programme se sont opérés et que des réseaux ont été créés entre les régies de la santé. L'évaluation du programme se poursuivra tout au long de l'initiative et un rapport complet sera publié en janvier 2014. Il est trop tôt pour déterminer l'incidence du programme puisque le premier stage a pris fin en février 2013, mais les données d'évaluation indiquent que des changements se sont produits dans la façon de penser, ce qui est un premier pas vers la transformation des soins de santé.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Comme toutes les régies de la santé participent à ce programme, la seule reproduction anticipée devrait se faire au début de la prochaine cohorte dans 18 ou 24 mois.

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

Présentation externe du BCHLDC.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Rachael Roberts





Titre : Responsable  
Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)  
Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)  
Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, pratique axée sur la collaboration

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients.

BCHLDC vise à attirer et à retenir les meilleurs dirigeants en réponse à une grave pénurie de dirigeants dans le domaine des soins de santé et aux exigences changeantes du rôle des dirigeants. Afin de résoudre ces problèmes, sept régies de la santé en Colombie-Britannique ont formé un collectif chargé de se concentrer sur le perfectionnement du leadership. La vision consiste, en partie, à encourager les dirigeants ainsi que les pratiques liées au leadership, à améliorer l'accès aux possibilités de perfectionnement du leadership et à attirer et retenir les meilleurs dirigeants. La collaboration a été financée jusqu'à la fin septembre 2013, à l'aide d'une subvention du BCHEF et des CNO, et jusqu'à la fin mars 2015, à l'aide d'une contribution de toutes les régies de la santé.

La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques déjà instaurées dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

## RÉPERCUSSIONS :

Des représentants du ministère de la Santé ont fait remarquer que le BCHLDC est le collectif qui a le plus de succès en Colombie-Britannique et que la plupart des projets tombent à l'eau dès les premières étapes. Les comptes rendus personnels de toutes les parties concernées témoignent de sa réussite, sans parler de la preuve tangible de l'existence des programmes. Le BCHLDC envisage de procéder à évaluation officielle de ses objectifs au cours des prochains mois.

Le programme a une incidence sur le rendement du système, car la capacité de celui-ci à perfectionner ses dirigeants a augmenté considérablement grâce à cette collaboration. Depuis 2010, les améliorations suivantes se sont opérées : un programme de mentorat auparavant institué dans une régie de la santé est utilisé par cinq régies actuellement et il sera employé par sept régies d'ici le printemps; un programme pour les dirigeants d'expérience mis sur pied dans deux régies de la santé est maintenant reproduit dans les sept régies; un programme d'approche pour les accompagnateurs qui était repris dans seulement deux régies de la santé est maintenant adopté dans les sept; la nouvelle formation pour les gestionnaires offerte dans l'ensemble de la province a été intégrée dans un programme complet, ce qui a pour effet d'améliorer tous les programmes; un programme destiné aux dirigeants chevronnés est maintenant proposé. Des prix réduits ont été négociés, les adhésions partagées permettent de réaliser d'autres économies et personne n'est tenu de réinventer la roue.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de collaboration du Comité directeur du BCHLDC a été reproduit dans le groupe de travail qui a été créé par celui-ci en se fondant sur les mêmes principes afin de créer des volets de programmes individuels. À l'échelle nationale, une collectivité LEADS est en train de se former selon une structure similaire à celle du BCHLDC. La collectivité a fait appel au leadership et à l'encadrement du BCHLDC afin de l'aider à démarrer. Il est encore tôt pour déterminer si une véritable collaboration sera cultivée.



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

Présentation externe du BCHLDC.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Rachael Roberts

Titre : Responsable

Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module mentorat

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

Le MODULE mentorat, qui propose des occasions d'encadrement souples et individualisées, y compris des relations d'accompagnement à long terme et des engagements à court terme afin de discuter de situations ou de sujets particuliers, est offert aux « gens qui dirigent des gens ». À l'aide d'un logiciel à la fine pointe de la technologie, les dirigeants créent leur propre jumelage de mentorat en fonction des compétences, des objectifs, des intérêts et de la personnalité et peuvent être associés avec des chefs de file des quatre coins de la province. Le MODULE mentorat est offert gratuitement aux participants admissibles et il n'y a pas de travaux ou d'engagements en dehors du contrat conçu par le mentor ou le protégé.

Selon le fournisseur choisi pour soutenir le programme, le MODULE mentorat est le seul programme d'encadrement interorganisations qui existe en Amérique du Nord. D'ici l'automne 2013, toutes les régies de la santé participeront au programme. Le programme, qui a été financé jusqu'à la fin mars 2013 à l'aide d'une subvention de la BC Health Education, sera adopté par les régies de la santé dès le présent exercice.

## RÉPERCUSSIONS :

Le programme MODULE mentorat a été évalué à deux reprises : une fois à l'étape de la mise à l'essai et une fois après la mise en œuvre de la phase I. L'évaluation a pris la forme d'un sondage en ligne auprès des participants les deux fois. La deuxième évaluation révisée établissait des liens entre les questions et les analyses de données subséquentes et les résultats à court terme du modèle logique préparé pour le projet général (BC Health Leadership Development Collaborative). Les données sont disponibles sur demande. Les données donnent des mesures qualitatives (témoignages sur le programme) et quantitatives.

Les résultats des deux évaluations ont révélé une incidence positive sur le rendement du système de soins de santé. Les résultats précis de la deuxième évaluation, pour les personnes jumelées avec un mentor ou un protégé, sont indiqués ci-dessous :

- (1) Le programme est utile et essentiel pour la réussite personnelle et organisationnelle et il doit continuer.
- (2) Soixante-huit pour cent des participants ont attribué des résultats précis liés directement à leur participation au programme, en affirmant, la plupart du temps, qu'il leur a permis d'acquérir des connaissances ou des compétences particulières.
- (3) Soixante-quatorze pour cent des participants ont indiqué qu'ils demeureraient dans les organismes qui offrent ce genre de programme de perfectionnement.

Un résultat qualitatif qui vaut la peine d'être noté : « J'étais sur le point de quitter ma régie de la santé, mais j'ai trouvé un



mentor qui m'a guidé et je suis resté. » Ce programme a probablement permis d'économiser des milliers de dollars en frais de roulement.

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

Initialement mis sur pied par l'Interior Health Authority, ce programme a maintenant été adopté par la Northern Health Authority, la Fraser Health Authority, la Vancouver Island Health Authority et la Provincial Health Services Authority. D'ici l'automne 2013, la Vancouver Coastal Health et le réseau Providence Health Care auront accueilli le programme, ce qui signifie que toutes les régions de la santé contribueront au MODULE mentorat et en bénéficieront.

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

Présentation externe du BCHLDC.

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

Nom : Rachael Roberts

Titre : Responsable

Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module de base

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

Le MODULE de base est un programme de perfectionnement du leadership et de la gestion complet qui a été conçu pour accompagner les gestionnaires au cours des 18 premiers mois de leur premier rôle de gestion officiel. Compte tenu des nombreux départs à la retraite projetés à l'intérieur du système, il faut s'assurer que les nouveaux dirigeants soient bien préparés en plus d'accélérer et d'approfondir leur croissance. Le programme s'adresse à tous les nouveaux gestionnaires, peu importe leur profession. En participant au MODULE de base, les dirigeants peuvent acquérir des aptitudes de leadership essentielles afin d'accroître leur confiance et de jeter des fondements solides pour leur avenir en tant que dirigeant dans le domaine des soins de santé. Le MODULE de base, qui fait appel à différentes méthodes d'apprentissage actif, comprend des cours de perfectionnement du leadership et de la gestion ainsi qu'un accompagnement, des matières facultatives, des séances sur des sujets brûlants et des contrôles auprès des gestionnaires.

Le MODULE de base, qui vient d'être soumis à un essai pilote, devrait être mis en place dans toutes les régies de la santé d'ici la fin de l'exercice 2013-2014. Le perfectionnement est financé jusqu'à la fin septembre 2013 à l'aide d'une subvention du BCHEF et des CNO. La prestation continue sera financée par les régies de la santé.

## RÉPERCUSSIONS :

L'évaluation du programme pilote Module de base comportait les étapes suivantes : 1) suivre quatre participants tout au long du programme afin d'analyser le changement de comportement à l'aide d'entrevues avec un intervieweur externe 2) procéder à une évaluation à la fin du module 3) effectuer une évaluation du gestionnaire à mi-parcours et 4) effectuer des vérifications du contenu à l'intérieur du module. Des évaluations de suivi sont également prévues avec les participants et les gestionnaires après trois mois et six mois.

Les évaluations des gestionnaires à mi-parcours ont donné à entendre que les nouveaux gestionnaires avaient davantage une vision systémique, qu'ils étaient moins portés sur la microgestion, qu'ils avaient plus d'interactions avec le personnel, qu'ils jouissaient d'une plus grande clarté et que les stratégies étaient plus claires. Les participants ont indiqué qu'ils se sentaient davantage responsables, qu'ils avaient une plus grande confiance en eux, que leurs relations étaient meilleures, que l'efficacité de l'équipe s'était améliorée et que le stress avait diminué. En outre, comme toutes les régies de la santé ont partagé le contenu de leurs principales pratiques ouvertement, aucune d'entre elles n'a dû assumer des frais pour accroître ou améliorer leurs offres de perfectionnement du leadership à ce public de gestionnaires important.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce programme a été mis à l'essai dans une régie de la santé et toutes les autres songent à le mettre en place au cours de l'exercice 2013-2014. Théoriquement, les résultats peuvent donc être reproduits dans toutes les régies de la santé.



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

Présentation externe du BCHLDC.

**PERSONNE-RESSOURCE**

Nom : Rachael Roberts

Titre : Responsable

Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module accompagnement

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLD a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

Le MODULE service d'accompagnement individuel vise à aider les dirigeants chevronnés (directeurs et échelons supérieurs) à l'intérieur de chaque régie de la santé à améliorer leurs capacités de leadership en se concentrant sur des sujets comme gérer des problèmes difficiles en milieu de travail, tirer des leçons de la rétroaction ou mettre sur pied une nouvelle initiative. Le service d'accompagnement individuel est centré sur le client qu'il vise à soutenir au fil du temps. Le service d'accompagnement individuel comporte une liste provinciale coordonnée de façon centrale de guides de grande qualité qui sont à la disposition des dirigeants chevronnés dans les organismes de santé de la Colombie-Britannique. Chaque contrat d'accompagnement, qui est adapté aux besoins du gestionnaire accompagné, indique les objectifs précis, le temps consacré aux séances d'accompagnement et les échéanciers. Le BCHLDC a créé ce programme à l'aide d'une collaboration évoluée.

## RÉPERCUSSIONS :

Les comptes rendus des personnes qui gèrent les services d'accompagnement font état des avantages de la liste provinciale, du prix commun et de la grande qualité des accompagnateurs. Une évaluation du programme est prévue en 2013.

Le programme a eu une incidence sur le rendement du système en raison des gains d'efficacité réalisés en demandant à l'accompagnateur de signer un seul contrat plutôt que d'exiger que chaque régie de la santé gère son propre contrat. De plus, les coûts devraient diminuer en partie pour ceux et celles qui ont recours aux services d'accompagnement individuels externes grâce au prix commun. Enfin, la liste aide les dirigeants à trouver un accompagnateur externe plus efficacement.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce service a été reproduit dans toutes les régies de la santé de la Colombie-Britannique ainsi que dans le réseau Providence Health Care.

Toutes les régies de la santé déclarent bénéficier des mêmes résultats positifs.

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

Présentation externe du BCHLDC.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Rachael Roberts  
Titre : Responsable





Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Initiative Réseau de services médicaux intégrés (RSMI)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Réseau de services médicaux intégrés (RSMI) consiste en une initiative à phases multiples qui vise le renouvellement des soins primaires au Manitoba. Le RSMI a pour but de faciliter les améliorations systématiques dans la prestation des soins primaires par les groupes de médecins rémunérés à l'acte, qui comptent pour 76,9 % des médecins de famille de la province. Les quatre principaux objectifs du RSMI sont d'améliorer l'accès aux soins primaires, l'accessibilité à l'information, l'utilisation de cette information par les fournisseurs de soins primaires et les activités professionnelles de l'ensemble des fournisseurs de soins primaires, ainsi que d'offrir des soins primaires de haute qualité, particulièrement dans la gestion des maladies chroniques.

La phase 1 de l'initiative RSMI s'est amorcée en 2006 dans quatre sites pilotes. La phase 2 a été lancée en septembre 2008, et 13 cliniques ont participé à l'initiative. En août 2011, cette étape a été prolongée jusqu'en août 2015 (d'où la nouvelle appellation phase 2+). À l'heure actuelle, 12 cliniques participent toujours à l'initiative; celle-ci regroupe 142 médecins, qui représentent 14,2 % de l'ensemble des médecins de famille rémunérés à l'acte au Manitoba. Dans le cadre de ce projet pilote, Santé Manitoba collabore avec les sites participants en vue d'explorer et de mettre à l'essai de nouvelles initiatives susceptibles d'être appliquées à plus grande échelle dans la province.

Les médecins qui prennent part au RSMI ont accès à un financement incitatif basé sur la qualité (FIBQ). Mise au point au Manitoba, cette approche consiste à rémunérer les médecins en fonction des processus pour la qualité des soins primaires, et non des résultats de santé. Elle est mise à l'essai dans le cadre de l'initiative RSMI pour évaluer le potentiel d'un modèle mixte de rémunération des médecins qui tient compte à la fois de la qualité (rémunération au rendement) et du volume (rémunération à l'acte) des services fournis. Le FIBQ vise à inciter les médecins à accorder la priorité à la prévention, à la détection des facteurs de risque, à une approche globale de la gestion des maladies chroniques et à la continuité des soins. Le financement dépend du rendement de la clinique au regard d'indicateurs de la qualité des soins primaires (relativement à la prévention et à la gestion du diabète, de l'asthme, de l'insuffisance cardiaque congestive, de la coronaropathie et de l'hypertension) et d'indicateurs d'essais de dépistage de la dépression. Les indicateurs de la qualité des soins primaires sont établis d'après des mesures fondées sur des données probantes élaborées à l'origine par l'Institut canadien d'information sur la santé, en collaboration avec des experts cliniques. Les cliniques participantes font appel à un système de dossiers médicaux électroniques (DME) qui rappelle aux médecins quand un patient requiert un test ou un traitement; ainsi, les patients reçoivent les soins nécessaires au moment opportun. Le système de DME permet également aux cliniques d'évaluer le rendement au regard d'indicateurs de la qualité des soins primaires pour garantir l'atteinte des cibles et la prestation de soins optimaux.

Le montant du financement attribué à chaque clinique est établi en fonction du nombre de patients qui la fréquentent principalement pour obtenir des soins. Le montant du financement réellement versé dépend du rendement de la clinique relativement aux indicateurs de la qualité des soins primaires. En outre, le FIBQ est lié aux « résultats groupés » au regard des indicateurs de la qualité des soins primaires, et au degré de rendement de la clinique pour ce qui est de la gestion globale des maladies chroniques. Le programme de FIBQ offre aux cliniques des ressources leur permettant de modifier certaines pratiques de manière à contribuer aux objectifs du RSMI, notamment par l'établissement d'équipes interprofessionnelles. Pour participer au RSMI, les cliniques s'engagent à respecter certaines exigences, soit la mise en œuvre de leurs plans de modification des pratiques, la communication régulière des progrès (c.-à-d. l'extraction des données des DME tous les trimestres) et la participation à l'évaluation des pratiques du RSMI et à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer la qualité des soins à l'échelle provinciale.

## RÉPERCUSSIONS :

Tout au long de la période d'essai, l'initiative RSMI a été évaluée et chacune de ses phases a fait l'objet d'un test préalable et postérieur. L'évaluation visait à mesurer l'impact de l'initiative RSMI sur les soins aux patients et sur la satisfaction des



patients et des fournisseurs de soins relativement aux quatre objectifs du RSMI. L'évaluation a fait appel à plusieurs éléments de preuve, soit une enquête auprès des fournisseurs de soins, une enquête auprès des patients, une analyse des données des DME et des entrevues avec des intervenants du RSMI.

En décembre 2012, Santé Manitoba a fait connaître les résultats de l'évaluation de la phase 2 de l'initiative RSMI. Celle-ci s'est révélée particulièrement utile pour améliorer l'accès des médecins en soins primaires à l'information et l'usage qu'ils font de cette information. Ces résultats ont été rendus possibles grâce à une sensibilisation accrue des médecins aux lignes directrices pour la pratique clinique et à la vérification de l'atteinte des objectifs du RSMI au moyen des données des DME. En outre, l'initiative a permis d'améliorer la qualité des soins primaires et la gestion des maladies chroniques. Au sein des cliniques qui ont participé à la phase 2, des améliorations ont été observées pour tous les groupes d'indicateurs et pour les indicateurs particuliers entre deux périodes de référence. À titre d'exemple, les sept indicateurs particuliers du groupe d'indicateurs lié au diabète ont tous connu des augmentations proportionnelles d'une période à l'autre, en particulier les examens des pieds (de 37 % à 64 %) et le dépistage de la néphropathie (de 52 % à 75 %). De même, tous les indicateurs associés à l'hypertension ont enregistré une hausse proportionnelle; l'établissement du profil lipidique complet à jeun et le dépistage de l'obésité et de l'embonpoint ont connu les augmentations les plus importantes (de 62 % à 73 % et de 68 % à 79 %, respectivement), suivis du test de glycémie à jeun (de 67 % à 77 %) et du dépistage des maladies rénales (de 73 % à 83 %).

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La conception du modèle de FIBQ s'appuie sur les données probantes et l'information sur les programmes de rémunération au rendement en vigueur dans d'autres provinces (par exemple, en Colombie-Britannique et en Ontario) et dans d'autres pays (par exemple, le Quality and Outcomes Framework au Royaume-Uni et le Practice Incentive Program en Australie).

De concert avec les offices régionaux de la santé, Santé Manitoba a mis en branle une nouvelle initiative qui vise à instaurer des réseaux de soins primaires (RSP) dans la province. Le RSMI a contribué à l'établissement des RSP, surtout en ce qui concerne l'accès aux soins et la gestion efficace des maladies chroniques. Les RSP consistent en équipes de fournisseurs de soins (occupant les mêmes locaux ou reliés virtuellement par Internet) qui travaillent ensemble à planifier et à fournir les services destinés à une zone géographique, à une communauté ou à une population donnée. Les services des RSP s'appuieront sur le travail du RSMI et porteront principalement sur la prévention et la gestion coordonnée des maladies, notamment sur la détection et la réduction des facteurs de risque de maladies chroniques, comme la sédentarité et l'usage du tabac. L'entente-cadre avec les médecins négociée entre la province et Doctors Manitoba comprend cinq nouveaux tarifs liés à la gestion des maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance cardiaque congestive, coronaropathie et hypertension). Ces tarifs ont été introduits afin d'encourager les médecins à consacrer plus de temps aux patients dont l'état est complexe et de reconnaître le lien qui existe entre une approche globale de la gestion des maladies chroniques et une amélioration de la santé des patients.

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

- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) – Participating clinics ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/clinics.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) – What is Quality Based Incentive Funding (QBIF)? ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qbif1.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) – Quality measurement ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qm.html>.
- Santé Manitoba (2012). *PIN Information Management Guide (version 1.62)*. Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qm.html>.
- Santé Manitoba (2012). « Physician Integrated Network (PIN) – Development of PIN ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/dev.html>.
- Santé Manitoba (2012). « Physician Integrated Network (PIN) – How is QBIF supporting quality in primary care? » Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qbif2.html>.
- Santé Manitoba (2012). « Physician Integrated Network (PIN) – Evaluation ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/evaluation.html>.
- Prairie Research Associates (2012). *Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN), Phase 2: Summary Report*. Santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba).
- Prairie Research Associates (2012). *Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN), Phase 2: Electronic Medical*



*Records Data Analysis*. Santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

- Wranik, D. et M. Durier-Copp (sans date). *Quality Based Incentive Payments: International Experiences, Lessons for Canada*. Program Evaluation and Economic Consulting, Halifax (Nouvelle-Écosse).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). « About the Quality and Outcomes Framework (QOF) ». Extrait le 20 décembre 2012 de <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>.
- Department of Human Services, gouvernement de l'Australie (2012). « Practice Incentives Program (PIP) ». Extrait le 20 décembre 2012 de <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>.
- Santé Manitoba (sans date). « Primary Care Networks ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pcn/index.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Chronic Disease – Chronic Disease Management (CDM) tariffs ». Extrait de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/chronicdisease/cdmtariffs.html>.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Organisme : Santé Manitoba, Initiative Réseau des services médecins intégrés

Courriel : [pinsupport@gov.mb.ca](mailto:pinsupport@gov.mb.ca)

Téléphone : 204-788-6423

Dernière mise à jour : 20 décembre 2012

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



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

## Practice Support Program (programme de soutien à la pratique)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Tout comme le reste du Canada, la Colombie-Britannique s'est butée à des obstacles dans la prestation de soins primaires de haute qualité aux patients de la province. Les difficultés éprouvées résultent du nombre insuffisant de médecins de famille qui exercent dans des milieux de pratique familiale où est offerte une gamme complète de services. Pour améliorer les soins aux patients tout en augmentant la satisfaction au travail des médecins de famille, les experts en santé de l'Association médicale de la Colombie-Britannique et du ministère de la Santé ont mis sur pied le General Practice Services Committee (GPSC) en 2003. Celui-ci a mené des consultations auprès de 1 000 médecins de famille de la province dans le cadre des Journées d'amélioration de la qualité professionnelle. Les discussions ont porté sur les solutions à apporter aux problèmes, notamment la baisse du moral des professionnels et le manque de soutien dans la gestion des cas plus complexes. En 2007, le GPSC a instauré le Practice Support Program (PSP), qui porte sur le soutien à la pratique des médecins de famille, des médecins spécialistes et des assistants de bureau de médecin, et qui vise à améliorer la gestion de la pratique et du travail clinique, la capacité, les soins aux patients et la satisfaction professionnelle des médecins.

En plus de bénéficier de l'appui du GPSC, le PSP reçoit aussi des recommandations, un soutien et un financement supplémentaires du Shared Care Committee et du Specialist Services Committee (qui sont également issus d'un partenariat entre l'Association médicale de la Colombie-Britannique et le ministère de la Santé).

Les services du PSP comprennent un encadrement relatif à la pratique, un soutien aux initiatives d'amélioration de la qualité et des modules structurés d'aide à l'apprentissage. Les modules consistent en trois demi-journées rémunérées d'apprentissage en groupe, suivies d'une période pratique de six à huit semaines où les médecins s'emploient à appliquer leurs acquis dans leur pratique clinique respective. De la formation supplémentaire est intégrée aux séances pratiques de la série « Plan-Do-Study-Act » du PSP. Cette série se veut une occasion de mettre à l'essai de nouvelles pratiques et de tester leur efficacité avant d'effectuer une mise en œuvre à grande échelle. Les membres de l'équipe du PSP rendent visite aux participants du programme pendant la période pratique pour leur fournir un encadrement et un soutien professionnels constants dans la mise en application au quotidien des nouveaux outils. La formation est offerte par les équipes de soutien régional du PSP des cinq régions de la santé de la Colombie-Britannique. Tout le contenu du programme lié aux pratiques cliniques a été approuvé en tant que formation médicale continue.

Les modules portent notamment sur les thèmes suivants :

- Accès amélioré et efficacité du bureau
- Visites médicales de groupe (littératie en santé et autogestion des patients)
- Gestion des maladies chroniques
- Santé mentale des adultes
- Santé mentale des enfants et des adolescents
- Soins de fin de vie
- Problèmes musculo-squelettiques
- Système de soins partagés (maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque)

### RÉPERCUSSIONS :

En mars 2013, le PSP avait travaillé avec plus de 2 900 médecins de famille (soit environ 70 % des médecins de famille actifs dans la province) à améliorer les soins aux patients et la satisfaction professionnelle. L'équipe du PSP s'emploie actuellement à mettre au point une stratégie novatrice de soutien aux médecins spécialistes, qui sera inaugurée en 2013-2014.



Les résultats publiés d'une enquête effectuée auprès de 887 médecins de famille et de 405 assistants de bureau de médecin au cours des trois premières années du PSP indiquent invariablement des taux de satisfaction élevés et une perception très favorable quant à l'influence du programme sur les pratiques des médecins et sur les patients, et ce, indépendamment des caractéristiques du professionnel interrogé (sexe et groupe d'âge) ou des variables liées au travail (par exemple, temps consacré à la pratique familiale). Les participants font état d'une réduction du temps d'attente pour les patients, d'une amélioration des soins aux patients et de la création de milieux de travail plus satisfaisants. Plus particulièrement, les participants qui ont suivi le module d'apprentissage du PSP sur l'accès amélioré ont vu le temps d'attente pour un rendez-vous passer de 5,2 jours à 1,8 jour. Par ailleurs, plus de 87 % des participants ont mis sur pied un registre de gestion des cas de maladies chroniques et estiment que le module sur la gestion des maladies chroniques leur a permis d'améliorer les soins aux patients. En outre, 94 % des médecins de famille ont dit se sentir plus à l'aise d'aider les patients dont l'état nécessite des soins de santé mentale après avoir suivi le module sur la santé mentale des adultes, et 76 % des assistants de bureau de médecin ont vu leurs relations de travail s'améliorer dans l'ensemble.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

De nombreux pays européens, en particulier les Pays-Bas, ont mis sur pied des initiatives de formation appuyées par les médecins qui visent l'amélioration de la qualité des soins de santé. Outre l'Australian General Practice and Education Training Program, il existe cependant peu de programmes à grande échelle (provinciale, territoriale ou nationale) de formation continue en médecine qui sont axés sur la collaboration entre le gouvernement et les médecins. Compte tenu de son succès et de sa structure, cette mesure novatrice de soutien à la pratique est susceptible d'être implantée avec succès dans d'autres provinces et territoires.

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

<http://www.gpsc.bc.ca/psp/contact>

<http://www.sscbc.ca/content/about>

<http://www.mybettermedicare.ca/primary-care-practice-support-in-british-...>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508962/>

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Liza Kallstrom

Titre : Responsable du contenu et de la mise en œuvre, Practice Support Program

Organisme : Association médicale de la Colombie-Britannique

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

Téléphone : 604-638-2854

Dernière mise à jour : 13 mars 2013

**External Source:** <http://www.gpsc.bc.ca/psp/practice-support-program>



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

# Système de gestion LEAN de la Saskatchewan

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La Saskatchewan est la première province canadienne à appliquer la méthode LEAN à l'ensemble du système de santé provincial. LEAN est une approche – mais aussi une philosophie et un état d'esprit – centrée sur le patient qui cherche à réduire les pertes en décelant et en éliminant les activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée. Dans le contexte des soins de santé, il peut s'agir des stocks excédentaires, du temps passé à attendre pour un service ou des procédures inefficaces qui réduisent le temps consacré directement au soin des patients.

La Saskatchewan a résolu de mettre en œuvre le système de gestion LEAN, car celui-ci a fait ses preuves et a permis à de nombreuses organisations d'améliorer et de maintenir la qualité, tout en offrant des services efficaces qui répondent aux besoins des clients, des patients et du personnel. La Saskatchewan s'est engagée dans une réforme majeure de son système de soins de santé dans le cadre d'un plan vigoureux qui s'échelonne sur quatre ans, et dans lequel le système de gestion LEAN vient soutenir le renforcement des capacités et les initiatives d'amélioration de la qualité.

### Faits saillants :

- L'adoption du système de gestion LEAN figure parmi les priorités stratégiques pour le système de santé en 2012-2013.
- Au cours des quatre prochaines années, plus de 1 000 projets axés sur l'amélioration de la qualité seront mis en œuvre au sein du système de santé de la Saskatchewan en vue d'améliorer l'expérience des patients et de réduire le nombre d'erreurs.
- Environ le quart des 40 000 employés du secteur de la santé de la Saskatchewan sont formés à la méthode LEAN.
- En 2012, le ministère de la Santé a embauché des consultants spécialisés qui possèdent une expertise dans la méthode LEAN pour former les fournisseurs de soins, les médecins, les cadres et le personnel, et établir l'infrastructure nécessaire. On veille ainsi à ce que l'amélioration constante fasse partie intégrante du système de santé de la Saskatchewan.

Le système de gestion LEAN contribuera : à soutenir l'harmonisation stratégique des priorités du système de santé à l'échelle de la province; à renforcer la capacité des ressources humaines en santé et les capacités liées à l'amélioration de la qualité (compétences, ressources affectées, engagement de la direction); à encourager le développement d'une culture de sécurité où l'on tend à éliminer les défaillances; à établir un système d'évaluation en cascade et un système de rapport pour améliorer la transparence et la reddition de comptes au sein du système.

## RÉPERCUSSIONS :

Dix-huit organismes de la Saskatchewan participent à cette réforme, dont l'ensemble des régions régionales de la province, le ministère de la Santé, Health Shared Services Saskatchewan, E-Health Saskatchewan, la Saskatchewan Cancer Agency et le Health Quality Council.

Bien que le système de gestion LEAN n'en soit qu'à ses débuts, les efforts déployés à ce jour portent leurs fruits :

- Plus de 1 400 défaillances sur le plan de la sécurité ont été éliminées du système de santé.
- Le processus de conception du système LEAN du Centre hospitalier pour enfants de la Saskatchewan a permis aux équipes de définir de meilleures façons de fournir des services et d'améliorer l'organisation ainsi que l'expérience que vivent les patients et les familles en milieu hospitalier. Par conséquent, on assiste à une réduction de 15,6 % de l'espace requis, ce qui se traduit par des économies d'environ 30 millions de dollars.
- Cette année, des économies de 4 millions de dollars ont été enregistrées grâce aux améliorations apportées par le



système LEAN à la gestion de l'approvisionnement en produits sanguins et en protéines plasmatiques (soit des économies totalisant 14 millions de dollars depuis 2008).

- Les services de blanchisserie de 3sHealth sont parvenus, à l'échelle provinciale, à réduire de 61 % le linge propre retourné et de 73 % les chariots de livraison, en plus de diminuer de plusieurs milliers les relavages.
- La régie régionale de Saskatoon prévoit des économies annuelles d'au moins 4,4 millions de dollars quand son plan de rationalisation des horaires du personnel sera pleinement mis à exécution.
- Le système LEAN permettra de réaliser des économies opérationnelles de l'ordre de 85 à 160 millions de dollars sur 20 ans grâce au renouvellement de l'hôpital régional de Moose Jaw.

En 2012, le Health Quality Council a publié une demande de propositions pour la première phase de l'évaluation du programme de transformation LEAN de la Saskatchewan dans l'optique de mesurer l'efficacité des processus initiaux et l'impact de la mise en œuvre du programme au sein du système de santé provincial. En plus d'établir les conditions de base de l'évaluation, cette première phase mettra en place le cadre de travail et les méthodes utilisées en prévision de l'évaluation continue du processus pluriannuel d'implantation du système de gestion LEAN (deuxième phase d'évaluation).

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

La méthodologie LEAN, qui tire ses origines du secteur manufacturier, a maintenant fait ses preuves dans le secteur des soins de santé en permettant d'importantes améliorations et économies. Ailleurs au pays et à l'étranger, on a montré que le recours à la méthodologie LEAN dans les établissements de santé améliore l'expérience des patients et les résultats de santé, et ce, à moindre coût. Par exemple, la Cleveland Clinic, dont l'effectif correspond à peu près à celui du système de santé de la Saskatchewan, a investi 40 millions de dollars dans le système LEAN et, par conséquent, a réalisé des économies de 100 millions de dollars sur cinq ans. De même, des provinces canadiennes comme le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard font appel à une stratégie systématique LEAN pour renforcer la capacité d'amélioration de la qualité.

En Saskatchewan, l'utilisation du système de gestion LEAN est en voie de s'étendre au sein du système de santé et au-delà. L'objectif initial portera sur l'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan et le développement des immobilisations des établissements de santé (par exemple, le Centre hospitalier pour enfants de la Saskatchewan et l'hôpital régional de Moose Jaw). Le système de gestion LEAN viendra également soutenir la réalisation d'autres priorités stratégiques (comme la restructuration des soins primaires, les soins partagés, la sécurité des patients et du personnel, l'accès facilité aux spécialistes et aux services de diagnostic, et l'élimination de l'attente à l'urgence), avec la planification de plus de 1 000 projets d'amélioration de la qualité.

De plus, le recours à l'approche LEAN s'est traduit par des changements durables au sein de tous les ministères provinciaux. D'autres autorités se sont également montrées intéressées par les initiatives LEAN à grande échelle de la Saskatchewan : des demandes d'information ont été reçues de la part du gouvernement du Canada, du gouvernement de l'Alberta, des villes de Thunder Bay et d'Oshawa, des États du Maine et du Minnesota, et de certains organismes de soins de santé de la Colombie-Britannique.

#### **CE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB QUI SUIVENT :**

Sondage de 2012 du Conseil canadien de la santé auprès du gouvernement de la Saskatchewan

<http://www.gov.sk.ca/adx.aspx/adxGetMedia.aspx?PN=Shared&mediaId=1769>

<http://hqc.sk.ca/Portals/0/documents/RFP%20Lean%20Eval%20Ph1.pdf>

<http://www.health.gov.sk.ca/lean-newsletter-summer2012>

<http://www.gov.sk.ca/news?newsId=e7eb626a-529a-49c5-8552-09406dceafae>

<http://hqc.sk.ca/news-events/whats-new/articletype/articleview/articleid...>

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

Nom : Trish Livingstone

Titre : Directrice du Kaizen Promotion Office

Organisme : Ministère de la Santé de la Saskatchewan

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

Téléphone : 306-787-3146





Dernière mise à jour : 13 février 2013

**External Source:** <http://www.health.gov.sk.ca/lean-introduction>



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

# Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Acute 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)

## DESCRIPTION

L'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan a été la première initiative majeure découlant de l'examen indépendant Patient First, effectué en 2009 par la province. Cet examen avait constaté que les temps d'attente pour les soins chirurgicaux constituaient un sujet de préoccupation d'une grande importance pour les patients et leur famille, et il avait présenté des recommandations pour améliorer les soins chirurgicaux et réduire les temps d'attente. L'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan a pour tâche d'offrir des soins chirurgicaux « plus rapides, plus sûrs et plus intelligents » afin d'optimiser l'expérience du patient.

Lancée en mars 2010, l'initiative quadriennale vise à améliorer les soins chirurgicaux de même que le vécu des patients à toutes les étapes de leur parcours, depuis les soins primaires jusqu'à la salle de réveil, en passant par le système de soins actifs. Elle s'est fixé un objectif ambitieux, celui d'offrir à tous les patients l'option d'une intervention chirurgicale dans les trois mois (ou plus tôt, pour les cas urgents). À la différence des programmes antérieurs dédiés à l'amélioration des soins chirurgicaux, qui mettaient l'accent principalement sur la réduction des délais, cette initiative donne également la priorité à la qualité, à la sécurité, à l'expérience du patient et à la durabilité.

Le plan stratégique de l'Initiative pour les soins chirurgicaux est novateur par le fait qu'il a été élaboré grâce à une vaste collaboration réunissant d'anciens patients des services de chirurgie, des chirurgiens, des médecins de famille, du personnel infirmier, des thérapeutes, des administrateurs de soins de santé et des organismes du secteur de la santé. Les patients, les prestataires ainsi que les autres partenaires du système de santé jouent un rôle clé dans l'orientation de la mise en œuvre du plan.

Pour concrétiser l'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan, les moyens ci-dessous ont été mis en place :

## PLUS RAPIDES

- La capacité des services de chirurgie a été augmentée afin de réduire le nombre de patients en suspens sur la liste d'attente. Ceci s'applique notamment à Regina et à Saskatoon, où sont effectuées la plupart des interventions chirurgicales, mais également à de plus petits centres chirurgicaux qui offrent la possibilité de tirer un meilleur parti des prestataires et des installations de santé.
- La Saskatchewan a recours à des prestataires indépendants pour accroître la capacité des services de chirurgie et de diagnostic dans un système de santé financé et administré par les pouvoirs publics. Les régions sanitaires ont passé des contrats avec des prestataires indépendants pour des chirurgies ambulatoires, dont des interventions en orthopédie, en ophtalmologie, en soins dentaires et en oto-rhino-laryngologie.
- La centralisation des dossiers des patients et d'autres stratégies ont été adoptées pour faire face à la répartition inégale des patients entre les chirurgiens et pour maximiser le recours à tous les chirurgiens. Cela donne aux patients un accès plus rapide au premier chirurgien disponible qui possède l'expertise requise. Les patients peuvent toujours choisir celui qu'ils préfèrent, mais en sachant qu'ils auront peut-être à attendre plus longtemps. La province compte actuellement 15 groupes de spécialistes qui centralisent les dossiers aiguillés vers leur spécialité.
- Le répertoire des spécialistes en ligne à [www.health.gov.sk.ca/specialist-directory](http://www.health.gov.sk.ca/specialist-directory) permet aux patients, en collaboration avec leur médecin de famille, de prendre connaissance des choix et de déterminer pour quels spécialistes les temps



d'attente sont les plus courts.

## PLUS SÛRS

- Les listes de vérification des chirurgies sécuritaires uniformisent les interventions dans toutes les salles d'opération des hôpitaux de la Saskatchewan. Ces listes favorisent une meilleure communication entre les membres de l'équipe de chirurgie ainsi que l'utilisation régulière de pratiques qui se sont avérées efficaces lorsqu'il s'agit d'accroître la sécurité des patients avant, pendant et après l'intervention chirurgicale.
- Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, une initiative de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, a mis au point des processus pour la prévention des infections du site opératoire. L'application de ces protocoles de prévention est en cours.
- Les régions sanitaires de la Saskatchewan effectuent la conciliation médicamenteuse au moment de l'admission aux soins actifs. Cette procédure permet d'éviter des erreurs en garantissant que l'on vérifie les antécédents du patient en matière de médication et que les médicaments et le dosage sont appropriés.
- Une initiative de prévention des chutes permet maintenant de reconnaître les facteurs de risques qui jouent un rôle dans les chutes des personnes âgées et recommande des moyens d'éviter ces blessures.

## PLUS INTELLIGENTS

- De nouveaux parcours pour les patients sont mis en place afin de simplifier le processus des soins et d'assurer que les patients reçoivent des soins appropriés au bon moment, qu'ils aient ou non besoin d'une intervention chirurgicale.
1. Parcours hanche et genou : les médecins de famille peuvent désormais aiguiller des patients qui pourraient avoir besoin d'une opération à la hanche ou au genou vers des cliniques multidisciplinaires à Regina, à Saskatoon, à Prince Albert et à Moose Jaw.
  2. Parcours dos : la Saskatchewan met en place une nouvelle méthode pour évaluer et traiter les patients qui souffrent de douleurs lombaires. Les prestataires de soins de santé primaires (médecins de famille, chiropraticiens et physiothérapeutes) peuvent maintenant suivre un cours d'éducation permanente en ligne sur la prise en charge des douleurs lombaires.
  3. De nouveaux parcours sont en train d'être créés pour le cancer de la prostate et l'urogynécologie. La planification de la mise au point et de la réalisation d'autres parcours est également engagée.
- Des outils de prise de décision collective sont utilisés dans tous les parcours afin d'assurer que les patients sont avertis et qu'ils participent à leurs soins en connaissance de cause.
  - Des groupes de cliniciens étudient la variation clinique et élaborent des approches normalisées afin de permettre aux patients de recevoir les soins les plus appropriés.
  - Le système *Lean Management* est appliqué dans toutes les régions sanitaires et conduit à des améliorations dans les soins aux patients, à des processus plus efficaces et à la mobilisation des prestataires de soins de santé.
  - Un financement ciblé a permis la formation de plus de 100 infirmiers et infirmières de salle d'opération dans le programme de formation du personnel infirmier périopératoire du Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIASST).

## RÉPERCUSSIONS

L'Initiative pour les soins chirurgicaux publie des rapports intérimaires mensuels sur les temps d'attente des patients, par région et par autorité sanitaire régionale, à [www.sasksurgery.ca](http://www.sasksurgery.ca). D'autres mesures de rendements sont présentées sur le site [www.qualityinsight.ca](http://www.qualityinsight.ca).

Quatre-vingt-dix pour cent de tous les patients qui ont subi une intervention chirurgicale entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2012 ont subi leur opération dans les six mois, et 78 %, dans les trois mois.

De novembre 2007 à décembre 2012 :

- Le nombre de patients qui ont attendu leur opération plus de 18 mois a diminué de 93 %.
- Le nombre de patients qui ont attendu leur opération plus de 12 mois a diminué de 82 %.



- Le nombre de patients qui ont attendu leur opération plus de 6 mois a diminué de 58 %.
- Le nombre de patients qui ont attendu leur opération plus de 3 mois a diminué de 46 %.

Au 31 décembre 2012, 96 % des interventions chirurgicales ayant fait l'objet d'un contrôle dans l'ensemble de la province appliquaient les trois éléments de la liste de vérification des chirurgies sécuritaires.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ

Un plan de transition est en préparation, afin d'assurer que les améliorations réalisées et l'élan acquis au cours de la période officielle de quatre années de l'Initiative pour les soins chirurgicaux se poursuivent et progressent grâce à la continuité d'une optimisation quotidienne.

Une chercheuse attachée s'est installée dans les bureaux de l'Initiative pour les soins chirurgicaux au ministère de la Santé et, en se fondant sur ce qu'elle aura observé lors du processus de changement, elle publiera une thèse sur ce qui aide ou ce qui entrave le changement transformationnel. Ce projet de chercheur attaché procède de la collaboration entre le ministère de la Santé, CFHI et la Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy.

### Contenu adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

Ministère de la Santé de la Saskatchewan, Rapport de l'année 1 (mai 2011) <http://www.health.gov.sk.ca/sksi-year1-progress>

Ministère de la Santé de la Saskatchewan, Rapport de l'année 2 (mai 2012) <http://www.health.gov.sk.ca/sksi-year2-progress>

Communiqué de presse du gouvernement de la Saskatchewan (23 avril 2012), *Funding for surgical care flows to health regions* <http://www.gov.sk.ca/news?newsId=1c06badb-12d7-4905-9c8f-ac905f1bd132>

Site Web de l'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan : <http://www.sasksurgery.ca>

### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Mark Wyatt

Titre : Directeur général, SKSI

Organisme : Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Courriel : [mark.wyatt@health.gov.sk.ca](mailto:mark.wyatt@health.gov.sk.ca)

Téléphone : 306 787-3153

Dernière mise à jour : 24 janvier 2012

**External Source:** <http://www.health.gov.sk.ca/surgical-initiative>



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

## Site Internet QualityInsight.ca du Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La création du site Internet Quality Insight du Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan a commencé en mars 2010. Le site a été mis sur pied en collaboration avec le groupe de travail [Quality Insight et deux groupes consultatifs sur les initiatives en chirurgie, soit l'Executive Sponsorship Group et la Guiding Coalition](#).

Quality Insight est le premier site Internet du genre au Canada. Il s'agit d'une ressource facile à utiliser qui abrite plus de 100 mesures de rendement du système de santé de la Saskatchewan, des temps d'attente pour une chirurgie à l'évaluation par les patients du temps qu'ils ont passé à l'hôpital. Quality Insight a été conçu pour donner à tous – grand public, prestataires des soins, gestionnaires dirigeants – un accès sans précédent à de l'information sur le rendement du système de santé.

Ce degré de transparence dans l'information et le soutien aux travaux d'amélioration de la qualité dans un système de santé est une première au Canada et peut-être même dans le monde. Quality Insight est une véritable mine de renseignements pour tous les partenaires du système de santé. En réunissant plusieurs sources de données, il permet de bénéficier de données pertinentes régulièrement mises à jour, qui livrent un portrait « en temps réel » du système de santé de la Saskatchewan et de ses progrès vers des cibles mesurables pour l'amélioration des soins chirurgicaux des patients en Saskatchewan.

Les indicateurs proposés dans le site Quality Insight couvrent un large éventail d'aspects de la qualité des soins de santé tels que l'accessibilité, la sécurité et l'expérience du patient. Le site vise à souligner les progrès accomplis en fonction de critères de références globaux pour l'ensemble des priorités stratégiques du système de santé et d'indicateurs plus représentatifs aux échelles régionale et locale. Les tableaux de données sont mis à jour chaque mois, tous les trimestres ou annuellement, selon l'indicateur. L'information provient d'une variété de sources, dont des bases de données administratives provinciales, des sondages sur l'expérience vécue par les patients en soins de courte durée ou en soins d'urgence (on projette aussi d'ajouter les résultats de sondages pour les soins primaires) et des bases de données d'organismes partenaires du secteur de la santé. Un processus normalisé de soumission de données est aussi utilisé et relie le Conseil de la qualité en santé à certaines régions sanitaires pour la collecte de données locales ou d'ensembles de données non normalisées. À partir du travail de collaboration déjà accompli par la Saskatchewan Surgical Initiative, des indicateurs initiaux ont été choisis par le groupe de travail Quality Insight, en consultation avec les régions sanitaires provinciales et d'autres partenaires et organismes d'intervenants. De nouveaux indicateurs ont été ajoutés en fonction des besoins stratégiques et organisationnels précisés par les organismes partenaires.

L'un des grands objectifs du site Quality Insight est de faire évoluer la culture qui entoure la collecte de données et d'accroître la compréhension de l'utilité des données pour l'apprentissage et l'amélioration. La présentation graphique des données, notamment les graphiques chronologiques et les tableaux de contrôle statistiques, met l'accent sur le suivi des tendances au fil du temps au lieu d'afficher simplement les résultats d'une mesure unique ou adoptée à un seul endroit. Le site Web propose également de l'information pour interpréter les données ainsi présentées afin de faciliter la prise de décision en temps réel chez les dirigeants du secteur de la santé. Enfin, la section *News and Resources* (nouvelles et ressources) de la page d'accueil propose des articles courants sur les mesures de l'amélioration.

### RÉPERCUSSIONS :

Les principaux utilisateurs de Quality Insight sont les citoyens de la Saskatchewan, les gestionnaires en amélioration de la qualité et les analystes des politiques dans les régions sanitaires et au ministère de la Santé. Bien qu'aucune évaluation



officielle n'ait été réalisée quant aux effets et à l'utilisation du site Web à ce jour, une somme appréciable de preuves anecdotiques semble indiquer que Quality Insight constitue une valeur ajoutée pour ses utilisateurs. Et surtout, la province et les régions sanitaires considèrent Quality Insight comme une ressource de premier plan en matière de rendement du système de santé, et ce, aux échelles provinciale, régionale et locale. Elles se fient aux données disponibles dans le site pour les guider dans leurs efforts et assurer le suivi des résultats obtenus.

Le Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan dispose également d'un processus courant pour recueillir, dans tout le système de santé, les commentaires des principaux utilisateurs du site. Le Conseil leur demande ce qui pourrait être ajouté ou amélioré dans le site pour mieux répondre aux besoins de ses utilisateurs. Ce mécanisme, ajouté aux consultations informelles et aux demandes d'améliorations envoyées par les utilisateurs, joue un rôle important en guidant les décisions relatives au développement. En fait, ces processus forment ensemble des déterminants essentiels pour classer en ordre de priorité les améliorations à apporter.

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

Depuis sa mise en ligne en février 2011, le site Web Quality Insight n'a cessé de grandir et de s'améliorer. Une étape importante de son développement a été le lancement, en décembre 2011, du premier tableau de bord régional (créé en consultation avec la région sanitaire Cypress afin de mieux répondre aux besoins locaux). D'autres régions de la province ont créé des tableaux de bord similaires, qui mettent en lumière les priorités stratégiques locales. Avec l'adoption de la méthode de gestion LEAN dans tout le système de santé de la Saskatchewan, on note un intérêt croissant pour l'utilisation du site Web Quality Insight en tant que plateforme provinciale pour un « mur de visibilité » virtuel, lancé au début de 2013. Dans le cadre de la méthodologie LEAN, un tel projet permettrait à l'équipe de direction provinciale et au public d'avoir l'œil sur les effets des initiatives d'amélioration de la qualité dans la province, au fur et à mesure que ces projets sont déployés.

Bien que d'autres exemples de sites Web présentant des données en vrac existent au Canada et ailleurs, Quality Insight est unique en raison de l'importance que le site accorde à l'accessibilité du public et à la collecte de mesures dynamiques, en temps réel. D'autres gouvernements du Canada ont fait part de leur intérêt à en savoir plus sur le concept du site Web du Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan. De même, il est possible que d'autres ministères et d'autres secteurs de l'administration de la Saskatchewan suivent l'exemple de Quality Insight en matière de partage de l'information publique de manière transparente et exhaustive.

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

<http://hqc.sk.ca/saskatchewan/health-system-performance/>

[www.qualityinsight.ca/about/](http://www.qualityinsight.ca/about/)

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

Nom : Rosemary Gray, directrice de programme

Organisme : Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan

Courriel : [rgray@hqc.sk.ca](mailto:rgray@hqc.sk.ca)

Téléphone : 306 668-8810, poste 116

Dernière version : 21 février 2013

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



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

## Plans d'amélioration de la qualité

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### DESCRIPTION :

La *Loi sur l'excellence des soins pour tous (LEST)* a été adoptée en juin 2010. Consolidant l'orientation organisationnelle du secteur des soins de santé et insistant sur sa responsabilité de fournir aux patients des soins de haute qualité, elle met au premier plan les patients ontariens. Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ), qui sont un des éléments de la *LEST*, sont souvent considérés comme la pierre angulaire de cette loi.

La *LEST* prévoit ce qui suit :

- des comités de la qualité qui ont la responsabilité de surveiller les dossiers liés à la qualité et d'en faire rapport;
- des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) annuels, que chaque organisme de soins de santé doit préparer et rendre publics;
- des sondages auprès des patients, des clients ou des aidants naturels, afin d'évaluer leur degré de satisfaction envers les services;
- des sondages auprès du personnel (employés et prestataires de services) pour évaluer leur degré de satisfaction envers leur emploi et prendre la mesure de leurs opinions sur la qualité des soins fournis par l'organisme de santé;
- une déclaration des valeurs des patients élaborée à la suite d'une consultation publique par les organismes de santé qui n'en ont pas actuellement;
- un processus pour les relations avec les patients, afin de traiter les problèmes relatifs à l'expérience des patients et d'illustrer la déclaration des valeurs de l'organisme.

Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) annuels sont établis par l'organisme de soins de santé et comprennent des indicateurs de qualité, des cibles mesurables d'amélioration du rendement ainsi que la programmation d'activités d'amélioration conformes aux objectifs et aux priorités d'amélioration de la qualité de l'organisme. Le Ministère offre aux organismes de soins de santé des orientations, des modèles communs ainsi que d'autres soutiens afin d'aider à la mise au point d'un PAQ en adéquation avec les priorités du système. Les PAQ sont préparés annuellement, diffusés publiquement et présentés à Qualité des soins de santé Ontario. La diffusion publique vise à promouvoir les principes de la *LEST*, notamment la responsabilisation et la transparence. Une responsabilisation supplémentaire est énoncée dans la disposition de la loi qui lie la rémunération du chef de la direction de chaque hôpital à la réalisation des objectifs d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Le PAQ est un outil qui permet aux hôpitaux de reconnaître, de décrire et d'atteindre des objectifs d'amélioration de la qualité d'une manière rigoureuse. Tous les hôpitaux se sont dotés d'un comité sur la qualité chargé de superviser l'élaboration du PAQ, qui doit être agréé par le président du conseil d'administration de l'hôpital et par le chef de la direction.

D'excellents PAQ, accompagnés d'une mise en œuvre bien réalisée, renforceront la capacité du secteur hospitalier à fournir aux patients des soins de haute qualité. Des plans d'amélioration de la qualité sont utilisés dans diverses organisations de soins de santé du monde entier afin d'assurer une reddition de comptes publique fondée sur des données. Ainsi que le décrit Ross Baker dans son rapport fondamental intitulé *Une gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé canadiens*<sup>[1]</sup>, le conseil d'administration et les cadres supérieurs du Virginia Mason Medical Center se servent de plans d'amélioration de la qualité dans le cadre d'un plus vaste programme stratégique. En outre, à la régie de la santé de l'île de Vancouver, le conseil d'administration travaille avec le personnel de la régie à établir, dans un plan de qualité, des priorités en matière de qualité et de sécurité des patients, compte tenu des orientations du ministère de la Santé.

Les PAQ présentés à Qualité des soins Ontario sont examinés et contribuent à la rétroaction transmise au terrain. Dans le cas des PAQ des hôpitaux pour 2012-2013, cela s'est traduit par la production du rapport *PAQ : une analyse des points à améliorer*. Ce document décrit le progrès général d'une année à l'autre et mentionne les hôpitaux qui ont des plans et des pratiques



exemplaires. En outre, le rapport présente notamment la moyenne provinciale et des données comparatives sur la performance pour une série d'indicateurs. Ces indicateurs comprennent l'infection à *Clostridium difficile*, la pneumonie sous ventilation assistée, l'hygiène des mains, l'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central, les escarres de décubitus, les chutes, la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, les contentions physiques, le ratio normalisé de mortalité hospitalière, les marges totales, la durée du séjour des patients hospitalisés au service des urgences, la satisfaction des patients, le taux de réadmission dans les 30 jours et le pourcentage de jours ANS (autre niveau de soins).

Les PAQ ont également été mis en place en 2013 dans les modèles de soins primaires dispensés par des équipes interprofessionnelles (qui comprennent les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaire, les cliniques dirigées par le personnel infirmier praticien et les centres d'accès aux services de santé pour les autochtones) en tant que priorité incontournable du programme de transformation des soins de santé en Ontario.

## RÉPERCUSSIONS :

Selon le rapport de Qualité des soins de santé Ontario (QSSO) intitulé *PAQ 2012-2013 : une analyse des points à améliorer*, des progrès ont été réalisés depuis la présentation des premiers PAQ en 2011-2012 en application de la LEST. QSSO souligne trois éléments clés :

- le respect absolu des exigences relatives à la présentation des PAQ (c.-à-d. : tous les hôpitaux ont présenté leurs plans);
- les PAQ cernaient des objectifs conformes aux priorités stratégiques des hôpitaux; ils comprenaient des mesures et des cibles appropriées;
- en matière de changement, les PAQ ont suscité des idées novatrices et fécondes.

L'inclusion de cibles et d'indicateurs précis dans les PAQ facilite l'analyse de leurs répercussions sur les résultats de santé et sur le rendement des soins de santé. L'*Analyse des points à améliorer* de 2012-2013 exemplifie une amélioration de la performance relativement aux infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central, aux pneumonies sous ventilation assistée, à l'hygiène des mains et à la satisfaction des patients. Toutefois, cette analyse indique qu'il reste encore des points à améliorer, puisque de nombreux hôpitaux n'ont pas atteint leurs cibles pour les jours ANS et les temps d'attente aux services des urgences.

En 2012, une étude a été réalisée dans le but de comprendre comment la LEST, avec notamment ses exigences en matière de plans d'amélioration de la qualité, avait influencé les pratiques de gouvernance de certains organismes de l'Ontario en ce qui concerne la qualité et la sécurité des patients. Les résultats montraient qu'à court terme, les exigences de la loi pouvaient limiter l'efficacité des organismes à fort rendement qui ciblaient déjà ces questions. Il y avait également des préoccupations à propos des mesures, par ex., dans certains cas, l'attention portée aux priorités provinciales les détournait de leurs activités répondant aux priorités locales. Cependant, cette même étude remarque que la LEST a aidé à « relever la barre » relativement à la qualité des soins et à la sécurité des patients et qu'elle favorise la mise en adéquation de la gouvernance et de la prestation de soins de qualité.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des responsables de haut niveau de l'Ontario ont déclaré que les PAQ sont un élément moteur de la transparence parce qu'ils responsabilisent les organismes. À partir de mars 2013, les PAQ sont obligatoires dans les hôpitaux et les organismes interprofessionnels de soins de santé primaires. Il est prévu d'aider les organismes de soins de santé de tout le continuum de soins à adopter les principes de la LEST; l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'amélioration de la qualité font partie de cette vision.

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

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2012). *À propos de la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Extrait le 28 novembre 2012 de <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/act.aspx>

Baker, G.R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P., et MacIntosh-Murray, Anu. (2010). *Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada*. Ottawa, ON : Fondation pour l'amélioration des services de santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, p. 15. Extrait de [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505\\_Baker\\_rpt\\_fr\\_FINAL.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505_Baker_rpt_fr_FINAL.pdf)

Baker, G.R., et MacIntosh-Murray, A. (2012). Governance for quality and patient safety: The impact of the Ontario Excellent Care for All Act, 2010. *Healthcare Quarterly*, 15, 44–50. Extrait de <http://www.longwoods.com/content/23161>





**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Jillian Paul  
Titre : Gestionnaire  
Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Courriel : [jillian.paul@ontario.ca](mailto:jillian.paul@ontario.ca)  
Téléphone : (416) 325-5600

Dernière mise à jour : 11 mars 2013

---

**External Source:** [http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/quality\\_improve.aspx](http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/quality_improve.aspx)



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

## Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAQSSP)

LOCATION:	Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAQSSP) a été créée en 2010 par le comité directeur, région de l'Atlantique, du programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Cette collaboration regroupe des membres volontaires et se compose de représentants des ministères de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique, de représentants des régions et des systèmes de la santé, des présidents de comités provinciaux de la qualité des soins et de comités pour la sécurité des patients ainsi que de la direction de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour la région de l'Atlantique. Le soutien d'un secrétariat est assuré par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. La CAQSSP est le premier groupement interprovincial du genre au Canada, et cette collaboration marque le début d'une nouvelle ère de partenariat entre les provinces atlantiques, qui poursuivront ainsi leurs efforts communs pour maximiser la sécurité des patients et la qualité des soins.

L'objectif premier de la CAQSSP, dont le mandat s'échelonne sur trois ans, est d'élaborer une stratégie commune et des recommandations visant à informer les sous-ministres de la Santé des provinces atlantiques sur les tendances, les enjeux, les orientations politiques et les possibilités en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. Au départ, le financement de la CAQSSP était assuré par l'ICSP grâce à une subvention de démarrage unique. La Collaboration a toutefois permis de générer des revenus modestes, grâce au *Partage de connaissances de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients*, l'un des projets qu'elle a mis sur pied. Les coûts de cette pratique ne sont pas élevés et elle ne fait pas appel à la haute technologie. La majorité des rencontres de la CAQSSP ont lieu de manière virtuelle, chaque trimestre, et une seule rencontre en personne a lieu annuellement. Les discussions portent sur la facilitation, la création de compétences et de relations, l'échange de connaissances et la formulation de recommandations fondées sur des faits probants en vue de résoudre les problèmes de qualité des soins et de sécurité des patients à l'échelle de tout le système de santé dans la région atlantique.

Les grands objectifs de la CAQSSP consistent à :

- répondre aux besoins communs de formation en qualité des soins et en sécurité des patients;
- établir et recommander des indicateurs de rendement commun qui pourraient être contenus dans un tableau de bord équilibré pour la région atlantique, lequel serait conçu par chaque structure provinciale de qualité de soins et de sécurité des patients;
- faciliter la participation d'un plus large éventail d'intervenants régionaux et nationaux à la progression du plan de travail en matière de qualité et de sécurité des patients ainsi qu'au renforcement de la culture de la qualité et de la sécurité des patients au sein du système de santé du Canada atlantique;
- accroître la capacité à transposer la recherche sur la qualité et la sécurité des patients en stratégies de prise en charge des enjeux dans ce domaine, à l'échelle du système de santé;
- mettre à profit les solutions en technologies et en gestion de l'information afin d'améliorer la mesure de la qualité et des résultats en matière de sécurité des patients;
- faciliter la reconnaissance de l'excellence en matière de qualité et de sécurité des patients, notamment en mettant en valeur et en soulignant la pertinence des stratégies et des résultats de la collaboration;
- démontrer qu'il est possible d'éviter certains coûts ou de réaliser des économies en mettant en place des initiatives en qualité de soins et en sécurité des patients.



## RÉPERCUSSIONS :

La CAQSSP a lancé avec succès plusieurs initiatives, notamment le premier *Partage de connaissances de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients*, qui a eu lieu à Charlottetown (Î.-P.-É.) en mai 2011. La prochaine rencontre de partage des connaissances pour la région de l'Atlantique aura lieu à Moncton, au Nouveau-Brunswick, les 14 et 15 mai 2013.

En novembre 2011, la CAQSSP a appuyé la création et le déploiement de la Série d'apprentissages national sur la durabilité et l'expansion (SAN-DE), qui s'étend sur 24 mois et qui est composé de 16 équipes provenant de 14 autorités de la santé. L'objectif de cette initiative d'amélioration est de renforcer les capacités des organismes de prestation de soins de l'Atlantique pour la mise en œuvre et la diffusion de changements durables, tout en s'attaquant à des priorités clairement exprimées dans les plans de travail pour la qualité et la sécurité des patients des organismes participants. La plupart se concentrent sur la sécurité des soins chirurgicaux ou sur le bilan des médicaments des patients, ou les deux.

De plus, le programme éducatif Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients a été offert dans trois des quatre provinces atlantiques en 2012-2013 à la suite d'une recommandation des sous-ministres. Des travaux sont aussi en cours pour la mise sur pied d'une masse critique de pairs animateurs en gouvernance pour les provinces atlantiques, en partenariat avec l'Association canadienne des soins de santé, l'ICSP, les quatre provinces et la Health Association of Nova Scotia.

Les témoignages personnels de membres de la CAQSSP confirment que cette pratique a des effets positifs en permettant aux divers intervenants de progresser et de renforcer le plan de travail en qualité des soins et en sécurité des patients au Canada atlantique. Ces résultats ont été rendus possibles grâce aux autorités régionales et aux districts de la santé, qui bénéficient désormais d'un meilleur accès à des ressources et à des outils fondés sur des faits probants et qui ont adopté ceux-ci dans le cadre de leur plan pour la qualité des soins et la sécurité des patients et dans les structures provinciales de sécurité des patients. Les membres de la Collaboration ont souligné que cette pratique favorisait une meilleure facilitation et l'établissement de relations entre les organismes dont, entre autres, l'ICSP, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et Agrément Canada. La CAQSSP commence également à se pencher sur le rendement du système grâce aux indicateurs communs de qualité et de sécurité des patients de l'ICIS afin de pouvoir mettre en place des mesures qui seront normalisées ultérieurement.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien que, dans leur pays respectif, des organismes internationaux soient responsables de formuler des recommandations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients au public et aux décideurs (c'est le cas par exemple de l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care), la CAQSSP est la seule collaboration du genre au Canada, qui réunit des représentants de plusieurs ministères provinciaux et d'autorités régionales et provinciales de la santé, à offrir de la formation sur le terrain et du renforcement des capacités. Cette pratique pourrait toutefois se transposer facilement aux autres provinces et aux territoires.

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

Fillatre, T., présidente de la CAQSSP (communication personnelle, 25 février 2013).

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

[www.saferhealthcarenow.ca/FR/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx](http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx)

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Theresa Fillatre, MHSA, I.I., B. S. soc., C. H. E.

Titre : présidente de la Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients et directrice régionale principale de l'ICSP

Organisme : Institut canadien pour la sécurité des patients

Courriel : [tfillatre@ICSP-icsp.ca](mailto:tfillatre@ICSP-icsp.ca)

Téléphone : 902 221-4719

Dernière version : 19 février 2013

**External Source:** <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx>



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

# Formation LEAN Six Sigma au Manitoba : réseaux ceinture verte et ceinture noire

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

Depuis 2010-2011, Santé Manitoba s'est engagé à adopter la méthode LEAN pour l'amélioration continue du système de santé de la province. L'approche LEAN est une méthodologie d'amélioration de la qualité utilisée dans plusieurs provinces canadiennes pour améliorer l'efficacité dans le domaine des soins de santé. La méthode LEAN de Santé Manitoba est un programme de formation et de mentorat à l'échelle de toute la province, dont la durée est de cinq ans. Elle vise à fournir de la formation en efficacité des systèmes et en amélioration de la qualité aux autorités régionales de la santé du Manitoba (ASR) et aux organismes d'intervenants du système de santé. L'objectif initial de la stratégie de cinq ans était de former 1 600 membres du personnel du réseau de la santé et de mettre en place au moins 225 projets d'amélioration qui pourraient générer des économies anticipées d'au moins 4,1 millions de dollars.

À l'an 2 du déploiement de la stratégie, Santé Manitoba a versé le financement et assuré la coordination nécessaire à la mise sur pied d'un réseau « ceinture verte » qui favoriserait une communauté de pratique pour appuyer la méthode LEAN. À l'an 3, un réseau « ceinture noire » a aussi été créé afin de réunir les prestataires de soins qui ont réussi la formation ceinture noire. Les réseaux ceinture verte et ceinture noire sont uniques à Santé Manitoba et constituent une innovation dans le déploiement de la méthode LEAN appliquée aux systèmes de santé.

Les réseaux ceinture verte et ceinture noire permettent au personnel en formation pour la méthode LEAN de bénéficier d'une année complète de mentorat. Ces réseaux sont un moyen pour le personnel de se réunir pour en apprendre davantage et pour se soutenir mutuellement dans la mise en œuvre de divers projets d'amélioration. De plus, au fur et à mesure que le personnel qui fait partie de ces réseaux acquiert une expertise dans divers domaines d'amélioration, les connaissances et l'expérience de chacun peuvent être partagées avec d'autres personnes qui cherchent des solutions à des problèmes similaires. Les réseaux ceinture verte et ceinture noire permettent aussi à leurs membres de profiter de séances de formation supplémentaires, d'inviter des participants de diverses régions à observer ou à prendre part à de la formation un peu partout dans la province.

Les membres des réseaux communiquent entre eux chaque mois lors de conférences téléphoniques (qui réunissent chaque fois autour 50 participants) à l'aide d'un logiciel de partage de pages-écrans qui permet à chaque participant d'avoir accès au même matériel de présentation. Ces rencontres offrent du mentorat et de l'aide aux personnes en formation, et les personnes qui ont déjà suivi la formation peuvent aussi y participer. De plus, tout le personnel de la santé formé à la méthode LEAN a accès, à l'aide d'un mot de passe, à un site Web protégé qui propose des outils d'amélioration et des ressources LEAN pour toutes les initiatives dont l'objectif est de viser l'excellence. Chaque année, une remise de diplômes est organisée dans le cadre d'un événement appelé le « Congrès » (Congress) dont le but est de souligner le travail des personnes en formation et de faire connaître leurs projets d'amélioration. La prochaine cohorte d'étudiants, de cadres responsables et de dirigeants qui participent à ces projets est invitée à y assister.

Les réseaux ceinture verte et ceinture noire continueront de s'agrandir au cours des années 4 et 5 du projet, et ils pourront accueillir tous les nouveaux étudiants et le personnel LEAN qui a reçu un agrément ailleurs afin qu'ils fassent partie de la communauté de pratique LEAN.

## RÉPERCUSSIONS (des réseaux ceinture verte et ceinture noire)

Les effets positifs des réseaux ceinture verte et ceinture noire sur le soutien aux initiatives de formation décrites ci-dessus n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation officielle. Toutefois, Santé Manitoba a l'intention de procéder à une autre évaluation de sa stratégie de formation alors que son déploiement se poursuivra pendant les années 4 et 5. Des preuves anecdotiques chez les membres du réseau semblent indiquer que ces derniers ont joué un rôle clé au moment de réunir les étudiants et de leur offrir des possibilités de formation efficace, de mentorat, de participation et de collaboration. Les conférences téléphoniques constituent un moyen direct et organisé de faire en sorte que les participants progressent vers l'atteinte des cibles et des



objectifs, et sont aussi un lieu d'échange où discuter des enseignements à tirer et où trouver des solutions aux obstacles à l'amélioration. Une évaluation future pourrait aider à préciser quelles ressources sont nécessaires pour une coordination permanente et pour assurer la viabilité à long terme des réseaux ceinture verte et ceinture noire.

Les effets positifs des projets LEAN Six Sigma ont été évalués officiellement, ce qui permet de profiter d'un contexte pour le rôle potentiel des réseaux ceinture verte et ceinture noire. Pendant l'an 1, environ 45 petits projets LEAN Six Sigma ont été mis en œuvre à la suite de la formation offerte dans la province. Une évaluation de la première année du programme LEAN a été réalisée à l'aide du modèle d'évaluation Kirkpatrick afin de vérifier si le déploiement de la formation pouvait être amélioré. À partir des résultats de cette évaluation, les réseaux ceinture verte et ceinture noire ont été créés pour accroître la collaboration et le temps que les employés pourraient passer ensemble dans le cadre d'échanges informels. D'autres changements ont été apportés au cours de l'an 2 afin d'accroître la participation des cadres dirigeants et la capacité des ASR à assurer la viabilité à long terme de la méthode LEAN.

Dans le cadre de l'initiative de formation, tous les projets d'amélioration doivent faire l'objet d'un rapport sur les améliorations qui livre les détails des travaux entrepris ainsi que les montants et le type d'économies réalisées (espace, inventaire, temps du personnel et autres). Les résultats préliminaires des économies générées par les améliorations pour 12 des 23 projets d'amélioration rapide mis en œuvre sont les suivants :

- temps que le personnel a pu consacrer à d'autres tâches : 10 261 heures;
- réduction du nombre de jours-lits des patients : 13 683;
- augmentation du nombre de patients traités (nombre de patients qui peuvent intégrer le système de santé) : 1 129 patients;
- économies en fournitures : 8 394 \$;
- économies en espaces 5S : 5 952 \$;
- ressources financières pouvant être redéployées : 6 398 729 \$.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ

La mise sur pied des réseaux ceinture verte et ceinture noire LEAN au Manitoba pour appuyer la formation LEAN est une idée qui a vu le jour à la suite d'expériences positives de création de réseaux ou de communautés de pratique qui appuient les personnes en formation lorsqu'elles acquièrent de nouvelles compétences et commencent à travailler à de nouveaux projets. Parmi les réseaux déjà créés et coordonnés par Santé Manitoba qui ont eu des répercussions positives, on note, entre autres, le réseau d'allaitement maternel Baby Friendly Breastfeeding et, pour la prévention des blessures, le réseau Injury Prevention Network.

L'objectif de départ des réseaux ceinture verte et ceinture noire était de s'assurer qu'une approche globale était mise de l'avant, à l'échelle provinciale, pour rassembler toutes les régions du milieu de la santé aussi bien que les organismes du domaine. Cette démarche provinciale a l'avantage d'accélérer l'élargissement du projet et de faire en sorte que son adoption dépasse les seules frontières des régions et des établissements. Les réseaux ceinture verte et ceinture noire ont par exemple offert un mécanisme par lequel les projets d'amélioration qui ont démontré leur efficacité dans un site de la province puissent être partagés et utilisés par d'autres sites. Les projets qui sont des réussites sont présentés lors des rencontres ceinture verte et peuvent être adaptés par d'autres sites qui font face aux mêmes problèmes. Ils contribuent ainsi à propager l'innovation et l'amélioration partout dans la province. Le système de commande *kanban* mis en place dans un site, par exemple, a été un succès, si bien qu'on le retrouve maintenant dans quatre autres sites dans la province.

Le modèle offert par les réseaux ceinture verte et ceinture noire pourrait aisément être adopté dans le cadre d'autres initiatives visant à créer une communauté de pratique pour susciter l'engagement et soutenir les participants.

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

Santé Manitoba (2011). *Pursuing excellence: A multi-pronged improvement strategy for Santé Manitobacare*. Recensé au [www.gov.mb.ca/health/mpan/pdf/demone.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/mpan/pdf/demone.pdf)

Santé Manitoba (2012). *Manitoba Health's response to Health Council of Canada's 2012 quality improvement survey*. Winnipeg : Santé Manitoba.

Personnel de Santé Manitoba (entrevues, février 2013).

### PERSONNE-RESSOURCE :



Nom : Dawn Ridd

Titre : Gestionnaire, stratégie provinciale LEAN, Santé Manitoba; chef de l'amélioration (*Rapid Improvement Lead*), programme de suivi des patients *Cancer Patient Journey*

Organisme : Santé Manitoba

Courriel : [dawn.ridd@gov.mb.ca](mailto:dawn.ridd@gov.mb.ca)

Téléphone : 204 788-6667

Dernière mise à jour : 10 février 2013

**External Source:** <http://www.gov.mb.ca/health/mpan/pdf/demone.pdf>



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

## Strategic Clinical Networks in Alberta

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### DESCRIPTION

Les réseaux cliniques stratégiques sont le mécanisme utilisé par Service de santé Alberta (AHS) pour « donner aux médecins et aux cliniciens chefs de file, tant dans les services de santé que dans la collectivité, les moyens et les soutiens nécessaires à l'élaboration et à la mise en place de stratégies d'amélioration de la santé inspirées par des données scientifiques, pilotées par des cliniciens et appliquées par des équipes dans l'ensemble de l'Alberta ». La raison d'être de chaque réseau est de « faire participer les cliniciens et les patients à la prise de décisions concernant la planification et l'implantation des services cliniques, l'optimisation de la pratique clinique et les améliorations en matière de qualité et de sécurité, afin d'offrir en définitive de meilleurs soins et services aux patients ». Le « cadre Triple Aim » de l'IHI, qui comprend l'amélioration de la santé de la population, l'optimisation de l'expérience de soins vécue par le patient (qualité, accès et fiabilité) et la réduction ou la limitation des coûts des soins, ou la hausse du rapport qualité-coût, est à la base des résultats favorables que l'on prévoit pour tous les réseaux cliniques stratégiques.

Les réseaux cliniques stratégiques ont été institués dans toute la province en 2011. L'Alberta comptait initialement six réseaux ciblés :

- dépendances et santé mentale
- santé des os et des articulations
- soins contre le cancer
- santé cardiovasculaire et accidents vasculaires cérébraux
- obésité, diabète et nutrition
- santé des personnes âgées

Un exemple de réseau clinique stratégique est le [réseau clinique pour la santé des os et des articulations](#), mentionné ci-dessus. Il vise la population qui nécessite une opération ou une arthroplastie de la hanche ou du genou. Le réseau clinique pour la santé des os et des articulations exerce ses activités avec la conviction que la création de parcours cliniques (avant, pendant et après le traitement), fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles, améliorera la qualité de vie des patients ainsi que les résultats de leurs interventions chirurgicales.

Les objectifs organisationnels du réseau clinique pour la santé des os et des articulations comprennent :

- le classement par ordre de priorité des parcours cliniques, par le patient conjointement avec le prestataire, afin de fixer des objectifs pour les diverses étapes du rétablissement du patient à la suite d'une opération de la hanche ou du genou;
- la réduction de la durée moyenne du séjour en soins actifs, ce qui permet de réduire les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou sans porter atteinte à la qualité ni à la sécurité.

### RÉPERCUSSIONS

Le réseau clinique pour la santé des os et des articulations en est encore à ses tout débuts et n'a donc que peu d'éléments à présenter du point de vue des critères d'évaluation et de l'information qualitative. Une évaluation du cadre de la capacité et de la maturation est en place et recueille régulièrement des mesures sur le rendement et les retombées du réseau, mais ses résultats ne sont pas encore accessibles au public. Il est admis que les systèmes de collecte et de gestion des données seront des composantes importantes sur lesquelles prendre appui pour aller de l'avant.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ



Les fondements du modèle des réseaux cliniques stratégiques se situent au-delà de la province et empruntent aux réalisations d'interlocuteurs d'Australie-Occidentale, d'Écosse et du Royaume-Uni, mais aussi aux bons résultats en Alberta même des changements pilotés cliniquement qui ont permis les avancées de la gestion des accidents vasculaires cérébraux et des arthroplasties. Toutefois, en ce moment, cette initiative particulière ne s'est pas étendue au-delà des six contextes originaux, et nous n'avons pas de résultats de répétitions à communiquer.

Mais il est prévu d'élargir le modèle des réseaux cliniques stratégiques à de nouveaux groupes de patients de la province, puisque six autres réseaux devraient être en place d'ici mars 2013, dont :

- soins médicaux complexes (qui englobera l'actuel réseau clinique de l'appareil respiratoire)
- santé maternelle
- affections neurologiques, oto-rhino-laryngologie et vision
- santé des nouveau-nés, des enfants et des adolescents
- santé de la population et promotion de la santé
- soins primaires et gestion des maladies chroniques

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

Services de santé Alberta : Strategic Clinical Networks A Primer & Working Document (7 août 2012 – V5)  
<http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-ce-scn-primer.pdf>

Alberta Strategic Clinical Networks Terms of Reference : <http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-clin-network-tor.pdf>

Vidéo du réseau clinique stratégique de la santé des os et des articulations : <http://www.youtube.com/watch?v=nR5t7EHtOo0>

Haines et coll. (2012) Determinants of successful clinical networks: the conceptual framework and study protocol. Implementation Science, 7:16, 2012

McInnes et coll. (2011) A qualitative study of stakeholders' views of the preconditions for and outcomes of successful networks. BMC Health Serv. Res., 2011.

Bringing networks to life - An RCPCH guide to implementing clinical networks. Royal College of Pediatrics & Child Health, UK, 2012.

Determinants of successful clinical networks: the conceptual framework and study protocol. Haines et al, Implementation Science, 7:16, 2012

A qualitative study of stakeholders' views of the preconditions for and outcomes of successful networks. McInnes et al, BMC Health Serv Res, 2011.

Bringing networks to life- An RCPCH guide to implementing clinical networks. Royal College of Pediatrics & Child Health, UK, 2012.

#### PERSONNE-RESSOURCE

Nom : Dr. Tom Noseworthy  
Titre : Associate Chief Medical Officer, SCNs and Clinical Care Pathways  
Organisme : Alberta Health Services  
Courriel : [Tom.Noseworthy@albertahealthservices.ca](mailto:Tom.Noseworthy@albertahealthservices.ca)  
Téléphone : (780) 342-2014

Dernière mise à jour : February 20, 2013

**External Source:** <http://www.albertahealthservices.ca/6047.asp>





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

# Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta — Analyse systématique de systèmes : une approche pratique des examens relatifs à la sécurité des patients

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION

Dans le cadre de son mandat, le Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta peut être chargé d'examiner la qualité des services de santé et d'étudier des questions liées à la sécurité des patients. Le Conseil de la qualité des soins de santé a effectué 12 examens depuis sa création en 2004, et il a ensuite amplifié et raffiné ses processus d'examen formel. Cette démarche cible les systèmes, et tous les examens sont rigoureux, systématiques et approfondis.

L'analyse systématique de systèmes : une approche pratique des examens relatifs à la sécurité des patients (*Systematic Systems Analysis: A Practical Approach to Patient Safety Reviews* [SSA : PSR]) est une méthodologie utilisée pour orienter ces examens. Elle a été élaborée pour examiner les soins de santé et s'inspire de l'aviation et des techniques d'enquêtes sur les facteurs humains. C'est une méthode théorique qui aide les utilisateurs à tenir compte dans leurs examens des facteurs critiques du système des soins de santé. La méthodologie favorise une vision systémique en évaluant « de quelle façon toutes les parties du système de soins de santé jouent un rôle » plutôt qu'en se concentrant sur « un seul facteur particulier pris isolément ».

La méthodologie SSA : PSR sert à effectuer a posteriori des examens portant sur les soins et sur les types suivants d'événements liés à la sécurité des patients :

- Un ou plusieurs patients ont subi un préjudice.
- Un ou plusieurs patients ont failli subir un préjudice lors d'un incident évité de justesse.

Cette méthodologie se caractérise par une démarche en trois étapes : (1) recueillir des informations; (2) analyser ces informations; (3) recommander des améliorations que l'on peut renforcer ou réduire au besoin. L'étape 2 consiste à organiser les informations recueillies, à les analyser pour déterminer les manquements du système et enfin à vérifier la perspective systémique des résultats. On utilise un outil, appelé une grille SAFER (*Systems Analysis and Factor Evaluation Review*, ou Examen par l'analyse de systèmes et l'évaluation des facteurs) pour accomplir ces tâches de manière itérative. La grille SAFER a pour fonction de contribuer à une analyse systématique focalisée sur les systèmes. Un autre outil consiste en un ensemble de questions concernant l'examen des facteurs qui correspondent aux cinq rangées de la grille et qui permettent une analyse approfondie des facteurs du système. L'étape 3 de l'examen s'inspire d'une démarche formelle pour recommander des améliorations.

Les examens récents d'assurance de la qualité effectués par le Conseil de la qualité des soins de santé et qui utilisaient la méthodologie SSA : PSR comprennent :

- un examen des opérations des services d'urgence médicale au sol en Alberta (rapport publié le 4 mars 2013);
- un examen des implications en matière de sécurité pour les patients arrivants ou partants qui requièrent des services Medevac à l'Aéroport international d'Edmonton (2011);
- un examen de la qualité de la préparation et de l'interprétation des échantillons d'anatomie pathologique en 2010-2011. Cet examen a été réalisé pour le Rockyview General Hospital, le Calgary Laboratory Services Diagnostic and Scientific Centre et le Royal Alexandra Hospital (2012).



## RÉPERCUSSIONS :

Comme la plupart des méthodologies d'examen, la SSA : PSR n'a pas été évaluée formellement. Cependant, elle a été révisée au cours de nombreuses années d'utilisation et a récemment suscité des réactions positives de la part d'utilisateurs.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le Conseil de la qualité des soins de santé prévoit de mettre en œuvre un programme de formation sur la SSA : PSR. Il effectuera une évaluation qui se penchera entre autres sur le processus de formation et la facilité d'utilisation de la méthodologie SSA : PSR.

La méthodologie SSA : PSR s'inspire des examens systématiques réalisés dans le domaine de l'aviation ainsi que des techniques d'enquête sur les facteurs humains, en se concentrant sur une analyse des systèmes. L'élaboration et la mise en application de la méthodologie SSA : PSR remontent à plus de trois décennies : l'ancienne région sanitaire de Calgary l'a utilisée sur une grande échelle dans le cadre de nombreux examens (de dimension et de portée différentes).

Le Conseil a lancé deux initiatives pilotes de formation à la méthodologie SSA : PSR. La première est un atelier de deux jours et demi, qui a eu lieu à Calgary, avec des participants venus de plusieurs provinces et territoires du Canada. La seconde est un cours de certificat universitaire de cinq jours, offert en partenariat avec la Faculté de médecine de l'Université de Calgary et expérimenté récemment dans la région sanitaire de Winnipeg. Les étudiants de ce cours de certificat reçoivent une formation pratique, de terrain, sur la méthodologie SSA : PSR, et ils procèdent à un examen. Ce cours de certificat peut être mis en œuvre dans divers contextes.

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

Cowell, J. (novembre 2012). *Health system investigations: Quality assurance reviews [and] health inquiries*. Présentation au Forum virtuel national sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité. Extrait de : [http://static.gowebcasting.com/documents/files/events/event\\_00001152\\_FtipxVIZ.pdf](http://static.gowebcasting.com/documents/files/events/event_00001152_FtipxVIZ.pdf)

Duchscherer, C., et Davies, J.M. (2012). *Systematic systems analysis: A practical approach to patient safety reviews*. Calgary : Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta. Extrait de : <http://www.hqca.ca/assets/files/HQCA%20SSA%20Patient%20Safety%20Reviews%20FINAL%20June%202012.pdf>

Harvie, M., responsable de la formation à la qualité et à la sécurité, Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta. (Communication personnelle, 25 février 2013.)

Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta (2011). [\*Review of the safety implications for patients requiring medevac services to and from the Edmonton International Airport\*](#). Extrait de : <http://publications.hqca.ca/preview/167>

Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta (2012). [\*Rockyview General Hospital and Calgary Laboratory Services Diagnostic and Scientific Centre and Royal Alexandra Hospital: Review of the quality of anatomical pathology specimen preparation and interpretation 2010–11\*](#). Extrait de : [http://hqca.ca/assets/files/HQCA\\_Review\\_Anatomical\\_Pathology\\_October\\_2012.pdf](http://hqca.ca/assets/files/HQCA_Review_Anatomical_Pathology_October_2012.pdf)

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lisa Brake  
Titre : Responsable des communications  
Organisation : Conseil de la qualité des soins de santé de l'Alberta  
Courriel : [lisa.brake@hqca.ca](mailto:lisa.brake@hqca.ca)  
Téléphone : (403) 297-4091

Dernière mise à jour : 25 février 2013

**External Source:** [http://www.hqca.ca/assets/files/HQCA%20Review%20FINAL%202011-2012%20\(no%20signature\).pdf](http://www.hqca.ca/assets/files/HQCA%20Review%20FINAL%202011-2012%20(no%20signature).pdf)



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

## Projet pilote de « déprescription »

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Gestion des produits pharmaceutiques
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

La réduction de la polypharmacie, ou *déprescription*, est la réduction du nombre d'ordonnances rédigées pour un patient. On a suggéré que la surmédication peut survenir lorsque les patients prennent de véritables « cocktails de pilules » pour le traitement de divers symptômes. La polypharmacie est une forme d'usage inapproprié des médicaments qui peut provoquer divers effets indésirables, dont une augmentation de la morbidité.

En réaction à cette problématique, les chercheurs du domaine pharmaceutique de la Colombie-Britannique ont mis sur pied, à l'hôpital Richmond, une étude pilote qui se penche sur les effets de la *déprescription* sur une population de personnes âgées. Cette étude pilote est menée dans un établissement de soins actifs en milieu communautaire au lieu d'un grand hôpital. La première phase de l'étude est en cours de déploiement à l'heure actuelle et vise à garantir le financement qui permettra d'aller de l'avant avec l'étude et de recruter des médecins et des patients qui accepteront d'y participer. La réalisation de la deuxième s'étendra sur une année et portera sur l'optimisation d'un plan ou d'une formule de *déprescription* qui pourrait être utilisée par les médecins. Le plan de *déprescription* sera conçu de façon à refléter les intérêts et les opinions du médecin et ceux du patient. De cette façon, on parviendra à réduire le dosage des médicaments tels que les antidépresseurs, les sédatifs et les antipsychotiques consommés par un patient dans l'espoir d'améliorer sa qualité de vie. La progression naturelle de cette deuxième phase, si elle réussit, permettra d'étendre la formule de *déprescription* à 200 médecins de plus afin de s'assurer que les conclusions obtenues puissent être adaptées à de multiples établissements.

### RÉPERCUSSIONS :

L'étude pilote britanno-colombienne en est encore à sa phase initiale. On travaille encore au recrutement des médecins participants et à garantir le financement nécessaire. Une évaluation officielle n'a donc pas encore été réalisée. Bien qu'elle n'ait pas encore fait l'objet d'une évaluation en Colombie-Britannique pour le moment, la *déprescription* a été mise en œuvre dans divers sites à l'échelle internationale et a été testée dans le cadre de 30 essais contrôlés randomisés qui ont donné lieu à des résultats positifs.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Une somme considérable de recherche a déjà été réalisée en vue d'évaluer les effets de la *déprescription* sur l'hospitalisation, le taux de renvoi en consultation et les résultats cliniques. Une étude de faisabilité a été réalisée en 2010 par Garfinkel et ses collaborateurs sur l'arrêt de médicaments chez des aînés en Israël. Les chercheurs ont observé des améliorations spectaculaires dans les résultats cliniques chez 90 % des sujets par le simple fait de réduire de moitié le nombre moyen de médicaments prescrits que consommaient ces personnes. De plus, l'étude n'a relevé aucun effet indésirable occasionné par l'arrêt de tous ces médicaments.

De même, un examen systématique sur la déprescription a été présenté en février 2013 lors de la Conférence annuelle sur la pratique professionnelle (PPC), à Toronto. Cet examen a analysé environ 30 essais sur la déprescription et a relevé des effets positifs sur les résultats cliniques, notamment une amélioration de la fonction, des taux de renvoi en consultation réduits et une baisse des coûts des médicaments. Ces conclusions sont appuyées par des témoignages personnels comme ceux d'une Américaine dont la mère a guéri simplement en réduisant le nombre de médicaments qu'elle prenait. Cette femme a d'ailleurs fait pression pour la *déprescription* en mettant sur pied la campagne *Is your mum on drugs?* (est-ce que votre mère est droguée?).

### Ce contenu a été préparé à partir des sources et des sites Web pertinents suivants :

Garfinkel D, Mangin D. *Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults*. Arch Intern Med 2010 (18) : 1648-1654.

[www.vancouver.sun.com/health/empowered-health/Richmond+hospital+study+aims+reduce+drug+prescriptions+seniors/7089371/story.html](http://www.vancouver.sun.com/health/empowered-health/Richmond+hospital+study+aims+reduce+drug+prescriptions+seniors/7089371/story.html)



Farrell B. *The Evidence for Deprescribing: Trials and Tribulations*. Conférence annuelle sur la pratique professionnelle (PPC) 2013 – programme final (2013) : p. 30.

Moynihan R. *Is your mum on drugs? When 'deprescribing' may be the best medicine*. BMJ 2011.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Scott Garrison  
Titre : Directeur de la recherche médicale  
Organisme : Vancouver Coastal Health (secteur Richmond)  
Courriel : n. d.  
Téléphone : 604-271-1822  
Dernière version : 15 février 2013

**External Source:**

<http://www.vancouversun.com/health/empowered-health/Richmond+hospital+study+aims+reduce+drug+prescriptions+seniors/Z089371/story.html>



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

# Mise en œuvre du programme national d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Colombie-Britannique, dans le cadre du réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Programme national d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux, le National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP), institué à l'origine par le ministère américain des Anciens Combattants, est offert dans l'ensemble de l'Amérique du Nord ainsi que dans le reste du monde par l'American College of Surgeons. Le NSQIP est le premier programme validé, ajusté en fonction des risques et fondé sur les résultats, qui évalue, à des fins d'amélioration, la qualité des soins chirurgicaux. Il est actuellement appliqué en tant qu'outil d'évaluation dans 24 hôpitaux de la Colombie-Britannique dans le but d'améliorer la qualité des soins chirurgicaux de la province. Sa mise en œuvre est coordonnée par le British Columbia Patient Safety and Quality Council (BCPSQC), conseil de la qualité et de la sécurité des patients de la Colombie-Britannique, tandis que les régies régionales de la santé de la C.-B. assurent un financement aux hôpitaux participants. Afin de faciliter l'implantation du NSQIP dans des hôpitaux situés de part et d'autre de la Colombie-Britannique et de tirer parti de son utilisation comme instrument d'évaluation des données dans la province, le conseil de la qualité et de la sécurité des patients a établi un réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux, le Surgical Quality Action Network (SQAN), qui aide les hôpitaux à donner suite aux résultats de leur évaluation par le biais de la coopération et de la mutualisation des apprentissages avec des établissements hospitaliers comparables.

Le réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux est une instance où les prestataires de soins de santé peuvent examiner les pratiques exemplaires, se transmettre des informations sur des innovations locales, et réseauter afin d'améliorer les soins chirurgicaux offerts aux patients de la C.-B. Il ne s'agit ni d'un comité ni d'un organe décisionnaire, mais d'un groupe ouvert où chacun peut présenter ses idées et débattre des moyens de travailler ensemble. Les représentants des établissements participants se rencontrent en personne et par téléconférence pour échanger leurs points de vue et parler de leurs réussites. Donnant une impulsion au réseau, une initiative d'efficacité péri-opératoire pilotée par une coalition d'intervenants de la C.-B. se prépare à s'en servir.

Ce réseau d'action fait converger un certain nombre d'initiatives chirurgicales actuelles de toute la C.-B. En premier lieu, on trouve le NSQIP, programme national d'amélioration de la qualité de l'American College of Surgeons. Vient ensuite un questionnaire sur les attitudes en matière de sécurité, le Safety Attitude Questionnaire, utilisé pour l'évaluation du travail d'équipe et de la communication. En troisième place, l'initiative de gestion des soins cliniques, avec notamment l'application de la liste de contrôle pour la sécurité chirurgicale et la réduction des infections du site opératoire. De plus, 14 hôpitaux de la C.-B. examinent la culture des services qui composent le parcours chirurgical. Les représentants des établissements se rencontrent en personne et par téléconférence. Les chefs de file de ces établissements reconnaissent que la culture joue un rôle de premier plan dans l'application des pratiques exemplaires, et ils ont élaboré des stratégies visant à l'améliorer. Une deuxième série d'hôpitaux doit se joindre à ce groupe en 2013 afin d'évaluer la culture et de réaliser des changements fondés sur les données obtenues.

Les partenariats sont au cœur du réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux. Ce dernier est coordonné par le conseil de la qualité et de la sécurité des patients de la C.-B. (BCPSQC). Le Provincial Surgical Advisory Council (PSAC), conseil chirurgical consultatif provincial, sert de comité d'experts cliniques en matière de gestion des soins cliniques, et la Health Services Purchasing Organization (HSPO), organisme d'approvisionnement des services de santé, finance le NSQIP.

## RÉPERCUSSIONS :



L'utilisation des données recueillies dans le cadre du NSQIP pour orienter les actions et l'amélioration de la qualité des parcours chirurgicaux dans la province constitue une innovation de la part du conseil de la qualité et de la sécurité des patients. Par l'entremise du réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux, le conseil se propose d'aider les hôpitaux à donner suite aux résultats de leur évaluation par le biais de la coopération et de la mutualisation des apprentissages avec des établissements hospitaliers comparables. Le réseau fournit aux 24 hôpitaux inscrits toutes les facilités pour des rencontres et des échanges sur les pratiques exemplaires et sur les moyens d'appliquer de nouvelles lignes directrices permettant d'améliorer leurs résultats chirurgicaux. En outre, le conseil de la qualité et de la sécurité des patients réunit tous les résultats publiés dans les rapports semestriels du NSQIP et peut communiquer ces données aux membres du réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux. Cette analyse leur permet de vérifier si l'évolution globale des résultats chirurgicaux correspond à une amélioration de la qualité des soins chirurgicaux de la province.

Le réseau procure aux chirurgiens et aux hôpitaux des ressources pour mettre en œuvre des améliorations, et leur offre également des formations et des occasions de dialoguer les uns avec les autres (par le canal de courriels, de conférences, de possibilités de formation, d'ateliers, etc.) qui leur permettent d'examiner comment améliorer leur rendement. À l'heure actuelle, le conseil de la qualité et de la sécurité des patients a reçu de nombreux commentaires positifs de la part de chirurgiens et de membres du personnel de soutien de première ligne concernant ses actions en faveur de l'application du NSQIP et sa gestion du réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux. Toutefois, aucune évaluation formelle de ce réseau et de ses effets sur les soins chirurgicaux de la province n'a été effectuée.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Depuis sa création en 2006, le réseau d'action pour la qualité des soins chirurgicaux s'est développé simultanément à l'adoption du NSQIP et à d'autres initiatives d'amélioration de la qualité chirurgicale dans l'ensemble de la Colombie-Britannique. Par exemple, le NSQIP a été d'abord mis en œuvre dans 3 hôpitaux et se trouve maintenant appliqué dans 24 établissements de la C.-B., tous membres du réseau. Celui-ci fait aussi maintenant fonction de coordonnateur central pour de multiples lieux de soins au Canada. Le SQAN a accueilli l'adhésion d'autres sites du NSQIP dans le reste du pays, et collabore avec des intervenants de l'Alberta, de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Ontario et du Québec. Si l'on compte les établissements hors de la C.-B., le développement du réseau lui permet de regrouper plus de 555 membres (parmi lesquels on dénombre environ 50 chirurgiens).

#### Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web ci-dessous :

van Dijk, M., directrice du NSQIP, BCPSQC (communication personnelle, 23 janvier 2013).

<http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/sqan/>

<http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/nsqip/>

[http://www.fraserhealth.ca/?section\\_id=7184&section\\_copy\\_id=4914&tpid=110&](http://www.fraserhealth.ca/?section_id=7184&section_copy_id=4914&tpid=110&)

<http://bcpsqc.ca/documents/2012/12/NSQIP-BCPSQC-Report-on-Surgical-Measurement-Systems.pdf>

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom :	Marlies van Dijk, Inf. aut., M.Sc.
Titre :	Directrice
Organisme :	NSQIP
Courriel :	<a href="mailto:mvandijk@bcpsqc.ca">mvandijk@bcpsqc.ca</a>
Téléphone :	604-668-8228
Dernière mise à jour :	17 janvier 2013

#### LIEN EXTERNE :

<http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/sqan/>

**External Source:** <http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/sqan/>



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

# Académie de la qualité du Patient Safety and Quality Council de la Colombie-Britannique (BCPSQC)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'Académie de la qualité (Quality Academy) est un programme de développement professionnel offert par l'intermédiaire du British Columbia Patient Safety and Quality Council (BCPSQC). Ce programme est offert aux gestionnaires du réseau de la santé en Colombie-Britannique qui dirigent des initiatives d'amélioration de la qualité au sein de leur organisme. Les participants assistent en personne à cinq séances en résidence et travaillent simultanément à un projet sur la qualité pour leurs organismes affiliés. Ces séances ont lieu au cours d'une période de six mois et les projets sur la qualité peuvent s'étendre sur plusieurs années. Au cours de ce programme, les participants reçoivent de l'aide par l'intermédiaire de webinaires et peuvent aussi compter sur un mentor du corps enseignant qui leur est assigné.

L'Académie de la qualité vise à faire en sorte que ses participants puissent prendre efficacement en charge des initiatives en qualité et en sécurité dans le domaine de la santé qui est le leur, y compris en enseignant et en conseillant les autres sur la façon d'améliorer la qualité des soins de santé. Les participants acquièrent leurs propres connaissances, leurs compétences et bâtissent leur confiance face à des composantes de base en matière d'amélioration de la qualité, notamment :

- réflexion sur les processus et les systèmes;
- développement personnel et organisationnel;
- participation des patients, des utilisateurs, des prestataires de soins, du personnel et du public;
- transformation de l'amélioration en habitude – amorcer, maintenir et diffuser le changement;
- atteinte des objectifs de coûts et de qualité;
- résolution de problèmes/compétences internes en consultation;
- innovation et amélioration.

Le programme compte environ 120 diplômés jusqu'à présent. Une cinquième cohorte a terminé le programme en 2013 et la sixième cohorte affiche déjà complet. Le BCPSQC espère continuer d'offrir l'Académie de la qualité afin de répondre à une demande croissante. Les frais de participation sont de 1995 \$ par personne et sont subventionnés par le BCPSQC.

## RÉPERCUSSIONS :

Les résultats attendus de ce programme consistent à permettre aux participants d'acquérir ou d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances de divers outils et méthodes d'amélioration de la qualité et d'acquérir des compétences de réflexion critique qui leur permettront de voir comment utiliser stratégiquement les possibilités et les outils pour l'amélioration de la qualité des soins. Les participants ont livré des commentaires très positifs dans le cadre d'entrevues, ce qui semble indiquer un niveau de compétences amélioré. Une évaluation indépendante officielle de l'Académie de la qualité a été réalisée avec la première cohorte de participants (il y a 18 mois) et à la suite d'entrevues avec des témoins privilégiés. Cette évaluation examinait les résultats du programme à l'aide de tests d'autoévaluation avant et après le développement des compétences par les participants. Des évaluations internes de chaque cohorte sont en cours et font état de résultats positifs. Le BCPSQC entend procéder à une évaluation longitudinale afin de voir si la formation a eu des effets durables sur les compétences et les habiletés des participants qui ont quitté le programme depuis 18 mois. Le BCPSQC souhaite utiliser les résultats de l'évaluation pour améliorer encore davantage le programme de l'Académie de la qualité.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



Lors de la création de l'Académie de la qualité, le BCPSQC a procédé à une analyse à l'échelle internationale des programmes d'acquisition de capacités pour l'amélioration de la qualité dans les soins de santé. L'objectif consistait tout d'abord à trouver un programme offert ailleurs et auquel des dirigeants du milieu de la santé de la Colombie-Britannique pourraient participer grâce à une forme d'aide offerte par le BCPSQC. Or, le Conseil a rapidement réalisé qu'il avait besoin d'un programme adapté au contexte canadien et qu'il n'y avait pas de programme idéal qui répondait aux besoins des gestionnaires de la santé de la province. Le BCPSQC a donc choisi de mettre sur pied son propre programme. L'Académie de la qualité s'inspire en grande partie des enseignements et de l'expérience qu'offrent l'Intermountain Healthcare's Advanced Training Program, le IHI Improvement Advisor Program et le NHS Institute for Innovation and Improvement. Intermountain Health (considéré comme un chef de file mondial dans ce type de programme) a offert généreusement au BCPSQC le contenu de cours de son programme de formation avancé, qui a fait l'objet de commentaires positifs et donné lieu à de bons résultats en matière de développement professionnel depuis son lancement en Utah en 1992. Le BCPSQC en a adapté le contenu aux besoins de la Colombie-Britannique, qui est devenue la première province à offrir ce type de programme de perfectionnement aux dirigeants du milieu de la santé au Canada.

**Le contenu a été adapté de celui des sites Web suivants :**

<http://bcpsqc.ca/learning/quality-academy/>

<http://bcpsqc.ca/documents/2012/12/Learning-Quality-Academy-Cohort-6-Brochure.pdf>

Wray, A., directeur, Initiatives stratégiques et d'apprentissage, BCPSQC (communication personnelle, 25 janvier 2013).

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Andrew Wray  
Titre : Directeur, Initiatives stratégiques et d'apprentissage, BCPSQC  
Organisme : BC Patient Safety and Quality Council (BCPSQC)  
Courriel : [awray@bcpsqc.ca](mailto:awray@bcpsqc.ca)  
Téléphone : 604-668-8215

Dernière version : 17 janvier 2013

**LIEN EXTERNE :**

<http://bcpsqc.ca/learning/quality-academy/>

**External Source:** <http://bcpsqc.ca/learning/quality-academy/>





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

# Initiative de Gestion des soins cliniques de la Colombie-Britannique

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'initiative de Gestion des soins cliniques de la Colombie-Britannique a été lancée en 2010; c'est un élément essentiel du Programme d'innovation et de changement de la province, qui soutient l'innovation et la transformation appliquées à la totalité du système de santé, y compris à tous les domaines de soins (promotion de la santé et prévention des maladies, soins communautaires, soins actifs et soins de fin de vie).

En tant que « secteur de résultats décisif » du Programme d'innovation et de changement, la Gestion des soins cliniques cherche à atteindre l'objectif de « mettre en œuvre un système de gestion des soins cliniques régi par des lignes directrices et fondé sur les données scientifiques afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la cohérence des services cliniques clés et d'optimiser l'expérience des soins vécue par les patients ». Pour atteindre ce but, la Gestion des soins cliniques a choisi une approche qui s'applique à l'ensemble du système, et à laquelle participent le ministère de la Santé de la C.-B., les régies régionales de la santé et le BC Patient Safety and Quality Council (BCPSQC), conseil de la qualité et de la sécurité des patients de la C.-B. Il s'agit d'une stratégie collective qui prévoit la collaboration de tous les participants à un but commun, l'amélioration de la qualité des soins.

La Gestion des soins cliniques vise à tirer parti de l'énergie et la mobilisation collectives des prestataires de soins de santé de toute la province pour promouvoir des soins régis par des lignes directrices ainsi que des pratiques cliniques exemplaires. Elle offre une structure provinciale qui, en mettant en relation les médecins avec les décideurs provinciaux, permet de définir, d'établir et de promouvoir des lignes directrices liées aux pratiques cliniques exemplaires. De part et d'autre de la province, des comités d'experts cliniques ont été formés afin d'examiner les données cliniques, de mettre au point des normes de pratique et de recommander l'adoption, dans toute la province, de lignes directrices, de protocoles et de mesures de l'amélioration de la qualité. L'élaboration des lignes directrices et des normes de pratique se fait essentiellement sur des bases nouvelles, incorporant la contribution des cliniciens depuis le début du processus jusqu'à la mise en place du modèle. La relation établie entre les comités d'experts cliniques et le comité directeur de la Gestion des soins cliniques – qui comprend un cadre supérieur du ministère (sous-ministre adjoint), les vice-présidents de la qualité ou de la médecine des régies régionales de la santé et le président du conseil de la qualité et de la sécurité des patients – assure que les cliniciens peuvent faire connaître à la haute direction les obstacles, les possibilités et les réussites touchant la qualité des soins. Ce lien entre les décideurs de haut rang et les cliniciens de première ligne permet de garantir que l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients continuera d'être la mission principale de l'initiative de gestion des soins cliniques.

Jusqu'à présent, la Gestion des soins cliniques a défini onze secteurs de soins cliniques : les soins hospitaliers pour les personnes âgées (48/6), la gestion des antimicrobiens, les accidents vasculaires cérébraux, les infections, les infections du site opératoire, la liste de contrôle chirurgicale, l'hygiène des mains, l'insuffisance cardiaque, les thrombo-embolies veineuses, le bilan comparatif des médicaments, et les soins intensifs liés à la régulation glycémique. Pour apporter un soutien aux comités d'experts, un responsable provincial de la qualité est désigné par le conseil de la qualité et de la sécurité des patients pour chaque secteur de soins cliniques. Les responsables de la qualité sont des spécialistes de la gestion, de la coopération et de la coordination en matière de changement, et ils pilotent l'élaboration des lignes directrices et leur application dans une perspective provinciale, assurant une communication et une coordination appropriées entre les régies régionales de la santé. En outre, ils se font les porte-paroles du comité d'experts cliniques qui milite en faveur de soins régis par des lignes directrices dans leur secteur de soins précis. Le rôle du conseil de la qualité et de la sécurité des patients en tant qu'élément de la structure de gestion des soins cliniques est d'entamer le dialogue avec les médecins et d'accompagner ces onze comités d'experts. Comme ce conseil est un organisme indépendant, il lui est possible de tenir avec les experts cliniques des débats honnêtes et ouverts sur les secteurs prioritaires des soins de santé, puis de transmettre ces informations au ministère de la Santé dans le cadre d'une mise en œuvre à l'échelle de la province. Le conseil de la qualité et de la sécurité des patients aide à établir un lien entre les médecins et le ministère de la Santé en assurant la gestion du changement et les communications et en menant des actions mobilisatrices dans toute la province.



## RÉPERCUSSIONS :

La structure de la Gestion des soins cliniques qui se fonde sur une prise de décision intégrée entre les médecins et les responsables chargés de définir les politiques relatives à l'amélioration de la qualité n'a pas été évaluée formellement pour le moment.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Plusieurs systèmes de soins de santé à haute performance ont adopté une approche s'appliquant à l'ensemble du système pour établir, promouvoir et appliquer des pratiques cliniques exemplaires fondées sur les données scientifiques. L'approche de la Gestion des soins cliniques de la C.-B. a examiné les modèles utilisés dans d'autres systèmes de santé, dont notamment l'Intermountain Health Care de l'Utah.

## CE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB QUI SUIVENT :

Liste des personnes-ressources pour la Gestion des soins cliniques :

<http://www.bcpsqc.ca/quality/documents/ClinicalCareManagementContactDirectory.pdf#page=9>

Guide des données de la Gestion des soins cliniques :

<http://www.bcpsqc.ca/quality/documents/CCM%20Data%20Guide%202012%20v1.0.5.pdf>

Document décrivant les cibles (2 avril 2012) :

<http://www.bcpsqc.ca/quality/documents/CCM-Principles-for-Target-Setting-v13-ApprovedbySC.pdf>

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : James Watson  
Titre : Directeur, Amélioration clinique et Gestion des soins cliniques  
Organisme : Ministère de la Santé de la C.-B., Direction de la sécurité des patients et de la qualité des soins  
Courriel : [james.watson@gov.bc.ca](mailto:james.watson@gov.bc.ca)  
Téléphone : 250-952-2336

Dernière mise à jour : 28 janvier 2012

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



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

# National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)

LOCATION:	National, International	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Conçu par le US Department of Veterans Affairs, le National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) est offert par l'intermédiaire de l'American College of Surgeons dans toute l'Amérique du Nord et à l'échelle internationale. Le NSQIP est le premier programme validé, ajusté en fonction des risques et fondé sur les résultats conçus pour mesurer et améliorer la qualité des soins chirurgicaux.

Les hôpitaux participants soumettent des données sur les chirurgies (c.-à-d. des indicateurs de sécurité et de qualité) dans une base de données centrale du NSQIP afin que les données pertinentes sur la pratique chirurgicale des hôpitaux participants puissent être analysées dans le but d'évaluer l'état actuel de la qualité chirurgicale et de viser des améliorations dans des domaines prioritaires de sécurité et de qualité de la chirurgie.

Les deux pierres angulaires du NSQIP sont l'utilisation de données ajustées en fonction des risques et un suivi de 30 jours. Toutes les données soumises à la base de données du NSQIP sont ajustées en fonction de variables relatives aux patients qui peuvent influencer sur les risques d'infection au site opératoire et sur d'autres résultats de santé pour le patient (obésité, âge, comorbidités, par exemple). La base de données peut donc être utilisée par les établissements participants pour évaluer leurs propres indicateurs de qualité et les résultats chez leurs patients, pour effectuer des comparaisons informatives avec d'autres établissements et pour établir des cibles d'amélioration. De plus, du personnel infirmier en chirurgie spécialement formé agit comme évaluateur en assurant un suivi avec les patients 30 jours après les interventions afin de vérifier la présence d'infections ou d'autres conséquences de la chirurgie et d'assurer la précision des mesures. Les hôpitaux inscrits au NSQIP reçoivent des données ajustées en fonction des risques dans des rapports semestriels complets, en temps réel, ce qui permet aux hôpitaux de surveiller les efforts d'amélioration de la qualité et de comparer leurs résultats chirurgicaux avec ceux de plus de 500 hôpitaux participant au NSQIP. Les hôpitaux peuvent ainsi se comparer à leurs pairs et apporter des changements et des améliorations afin d'assurer de meilleurs soins et une plus grande sécurité pour les patients.

## RÉPERCUSSIONS :

Le NSQIP de l'ACS a fait l'objet de nombreuses évaluations officielles depuis sa création. Cette initiative a généré des avantages considérables et amélioré les résultats au ministère des Anciens Combattants américain et dans des hôpitaux privés aux États-Unis. Une étude publiée dans la revue *Annals of Surgery* (2009) réalisée auprès de 118 hôpitaux participant au NSQIP de l'ACS a par exemple démontré que le programme a aidé chaque hôpital à éviter de 250 à 500 complications par année. De plus, 82 % des hôpitaux ont constaté une amélioration des niveaux de morbidité et 66 % une amélioration des taux de mortalité. Les hôpitaux qui ont considérablement amélioré leur rendement ou ont maintenu un excellent rendement au fil du temps sont invités à partager leur expérience avec le NSQIP de l'ACS. Ces commentaires s'ajoutent aux données recueillies au cours de visites structurées des établissements afin de produire un ensemble de pratiques exemplaires mises à jour qui seront ensuite transmises, dans un rapport annuel, à tous les établissements participant au programme partout au pays.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

À la suite des succès générés par le NSQIP dans les hôpitaux pour vétérans des États-Unis, l'ACS a lancé une étude pilote en 1999 en vue d'étudier la faisabilité d'un éventuel déploiement du programme dans le secteur privé. L'étude pilote portait sur trois hôpitaux et a permis de constater qu'après la première année, les processus de collecte de données et les modèles ajustés en fonction des risques qui ont été produits étaient valides pour les environnements autres que ceux des vétérans. Une deuxième étude pilote, lancée en 2001 et financée par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), a démontré que le NSQIP était également efficace pour réduire la morbidité et la mortalité dans les hôpitaux du secteur privé.

En 2004, l'American College of Surgeons a commencé à proposer le NSQIP dans le secteur privé aux États-Unis, et l'a élargi



afin d'inclure plus de 380 hôpitaux. Les réviseurs externes de l'ACS continuent d'évaluer le programme et ses résultats à divers paliers d'analyse.

En 2006, trois hôpitaux de l'autorité sanitaire de Fraser, en Colombie-Britannique, ont été les premiers établissements canadiens à rejoindre le programme. Depuis lors, le NSQIP a élargi sa portée et compte désormais 24 établissements dans la province. À l'extérieur de la Colombie-Britannique, les autres hôpitaux participants sont notamment l'hôpital général juif de Montréal, le Centre des sciences de la santé d'Ottawa et les hôpitaux General et Western du réseau de santé universitaire de Toronto. Le Patient Safety Quality Council (PSQC) de la Colombie-Britannique continue d'offrir son aide aux établissements canadiens.

#### **Contenu adapté des sources et des sites Web suivants :**

Hall, B.L., Hamilton, B.H., Richards, K., Bilimoria, K.Y., Cohen, M.E., and Ko, C.Y. (2009). *Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program*. *Annals of Surgery*, 205(3), 363–376.

van Dijk, M., directrice du NSQIP, BCPSQC (communication personnelle, 23 janvier 2013).

<http://site.acsnsqip.org/program-specifics/data-collection-analysis-and-reporting/>

<http://site.acsnsqip.org/participants/>

<http://site.acsnsqip.org/program-specifics/nsqip-history/>

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

Nom : Gina M. Pope

Titre : IA, CNOR

Organisme : NSQIP, ACS

Courriel : [gpoppe@facs.org](mailto:gpoppe@facs.org)

Téléphone : 312-202-5607

Dernière version : 28 janvier 2013

#### **LIEN EXTERNE :**

<http://site.acsnsqip.org/program-specifics/nsqip-history/>

External Source: <http://site.acsnsqip.org/program-specifics/nsqip-history/>



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

## Toronto Virtual Ward

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

La période qui suit le congé de l'hôpital peut être très difficile pour les patients et des événements indésirables sont fréquents. Fréquentes et coûteuses, les réadmissions non prévues à l'hôpital sont des événements indésirables potentiellement évitables. En Ontario, environ le tiers des patients qui reçoivent leur congé des services de médecine interne sont réadmis dans les 90 jours suivants. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) estime que ces réadmissions coûtent à la province plus de 700 millions de dollars chaque année.

En mars 2010, le service d'hôpital virtuel de Toronto (Toronto Virtual Ward) a été mis sur pied dans le centre-ville de Toronto grâce à un partenariat inter-établissements conclu entre les hôpitaux St. Michael's et Women's College, le Réseau universitaire de santé, le Centre Sunnybrook des sciences de la santé et le Centre d'accès aux soins communautaires Toronto Central (CASC). L'hôpital virtuel met à contribution les activités quotidiennes et le personnel des services hospitaliers pour offrir des soins aux patients de retour chez eux qui courent des risques élevés de réadmission non planifiée. Ces patients profitent des meilleurs éléments des soins hospitaliers, tels que des soins par une équipe interprofessionnelle, le partage des notes sur leur évolution, un point de contact unique, l'accès à un médecin en tout temps, une coordination accrue des soins des spécialistes, des soins primaires, des soins à domicile et des soins communautaires plusieurs semaines après leur congé. L'hôpital virtuel de Toronto vient en aide aux patients en médecine interne générale pendant 2 à 8 semaines après leur congé de l'hôpital. Les patients sont ensuite dirigés vers leur fournisseur de soins primaires.

Les démarches d'admission à l'hôpital virtuel de Toronto commencent à l'hôpital. Un indice LACE – un outil prévisionnel des risques de réadmission – est utilisé pour quantifier les risques que le patient soit réadmis ou décède dans les 30 jours suivant son congé, afin d'aider les cliniciens à savoir quels patients pourraient bénéficier de soins plus intensifs à la suite de leur congé<sup>1</sup>. Les soins de l'hôpital virtuel à la suite d'un congé sont offerts aux patients ayant un indice LACE de 10 ou plus. Ils sont alors pris en charge par l'équipe de l'hôpital virtuel, qui comprend un médecin (habituellement un généraliste en médecine interne), un pharmacien, deux préposés à la coordination des soins, du soutien en soins infirmiers et une équipe d'assistants et de commis d'unité. Les médecins y travaillent en rotation selon des cycles de trois semaines. L'équipe de l'hôpital virtuel de Toronto se réunit chaque jour à l'hôpital Women's College et la plupart des membres de l'équipe (sauf le médecin et l'infirmière en centre hospitalier) travaillent avec le CASC. Les soins comprennent du soutien téléphonique, du counseling en diététique et pour les médicaments, de l'éducation en vue d'améliorer l'autogestion de maladies chroniques, le bilan comparatif des médicaments, des évaluations de la sécurité à domicile, et des visites à domicile du médecin, de l'infirmière et du préposé à la coordination des soins. Il comprend également la coordination des soins auprès d'autres fournisseurs (dont le médecin de famille), du soutien social, du counseling en toxicomanie, du travail en laboratoire et des spécialistes. Pendant environ une heure chaque jour, l'équipe de l'hôpital virtuel rencontre l'équipe chargée des rondes médicales œuvrant à l'hôpital afin d'échanger les dernières nouvelles sur les patients et d'établir les prochaines étapes des plans de traitement. Les patients reçoivent leur congé de l'hôpital virtuel une fois que leur plan de gestion de leurs soins sociaux et de santé est optimisé et que des soins continus par un fournisseur de soins primaires et que le soutien communautaire dont ils ont besoin sont pleinement déployés.

La faculté de médecine de l'Université de Toronto a versé un financement pour le démarrage du projet. Le MSSLD, le réseau local d'intégration des soins de santé Toronto Central et chacun des partenaires ont aussi contribué au budget de fonctionnement. Le MSSLD, les instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation Green Shield Canada financent la composante évaluation du projet.

### RÉPERCUSSIONS

Un essai clinique randomisé est en cours de réalisation afin d'évaluer l'efficacité de l'hôpital virtuel comparativement aux soins traditionnels. Les patients sont dirigés de façon aléatoire vers l'hôpital virtuel ou vers les soins traditionnels le jour de leur congé de l'hôpital, puis sont suivis durant un an. La mesure de résultats primaire est la réadmission à l'hôpital ou le décès dans les 30 jours suivant le congé. La mesure secondaire comprend la réadmission ou le décès, la réadmission, le décès, les visites aux urgences, l'admission aux soins de longue durée et le décès 30 jours, 90 jours, 6 mois et un an après le congé de l'hôpital. On a posé une hypothèse selon laquelle l'hôpital virtuel permettrait de réduire le taux de réadmission d'environ le



tiers.

Ce projet a démontré que plusieurs organismes indépendants peuvent collaborer au point de service pour tenter d'assurer des soins intégrés sur le plan fonctionnel. L'hôpital virtuel de Toronto a aussi permis de démontrer que des interventions complexes en matière de services de santé peuvent être évaluées avec rigueur. Sur le plan clinique, l'hôpital virtuel a permis une sensibilisation à la fragmentation des soins pour les aînés ayant des besoins complexes et aux défis posés par la transition de l'hôpital au domicile. Des faits probants anecdotiques ont démontré que la satisfaction du patient, de sa famille et du personnel est très élevée. Les résultats de l'essai clinique randomisé en cours sont attendus à l'été 2013.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ

La mise en place de l'hôpital virtuel de Toronto a eu une influence sur la création d'hôpitaux virtuels et d'autres modèles de soins post-hospitaliers ailleurs au Canada et dans d'autres pays dont Singapour, les États-Unis, le Royaume-Uni et ailleurs au Canada.

#### PERSONNE-RESSOURCE

Nom : D<sup>r</sup> Irfan A. Dhalla  
Titre : Département de médecine  
Organisme : St. Michael's Hospital  
Courriel : [Dhallal@smh.ca](mailto:Dhallal@smh.ca)

Dernière mise à jour : 12 novembre 2012

Site Web pertinent

[www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations](http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations)

1. Van Walraven, C., Dhalla I.A., Bell, C., Etchells, E., Stiell, I. G., Zarnke, K., ... Forster, A.J. (2010). *Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community*. Journal de l'Association médicale canadienne, 182(6), 551–557. doi:10.1503/cmaj.091117

**External Source:** <http://www.gim.utoronto.ca/Research/vward.htm>