

Cette présentation a été effectuée le 8 décembre 2015, au cours de la journée « Exercer la responsabilité populationnelle en maladies chroniques : s'inspirer d'expériences prometteuses intégrant le modèle de la triple finalité » dans le cadre des 19<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique (JASP 2015). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section *Archives* au : <http://jasp.inspq.qc.ca>.

## **Soins en Collaboration: une restructuration des soins pour les patients ayant besoin de soins complexes**

Maillon Santé de Quinte  
Marie-Elaine Delvin IP-SSP, MSclnf  
Prince Edward Family Health Team, Picton, Ontario

## **Loi en 2010: Excellence des Soins pour tous**

Supporté par Qualité des Services de Santé Ontario (HQQ) 2014

- Accès au soins de santé
- Intégration
  - Coordination des soins
- Soins centrés sur le patient
- Efficience et efficacité
- Ressources appropriées
  - Diminuer le # de visites aux urgences
  - Diminuer le nombre d'admission



## Structure organisationnelle

- Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée
  - 14- RLISS (Réseau Locaux d'Intégration des Services de la Santé)
  - Maillon Santé = Coordination des soins, rassemble les fournisseurs de la santé
    - PEFHT = sous le leadership du Projet Maillon crée une initiative locale



## Maillon santé de Quinte

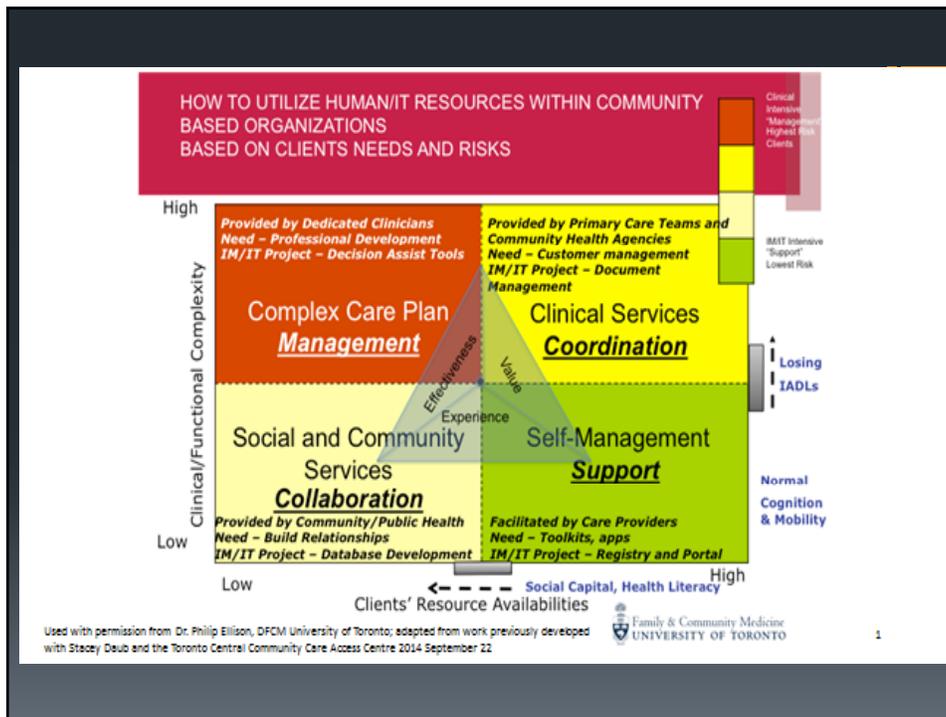
- Offrir des soins coordonnés, efficaces et efficaces aux aînés et aux personnes ayant des besoins complexes
  - Développement de plans de soins individualisés
  - Meilleurs résultats pour les patients et les familles
  - Réduire le nombre d'hospitalisations
  - Augmenter l'expérience des patients au sein du système de santé

## Maillon Santé de Quinte

- Projet: 'Coordinated Care for Complex Patients'  
*Soins coordonnés pour patients complexes*
- Débuter il y a 2 ans

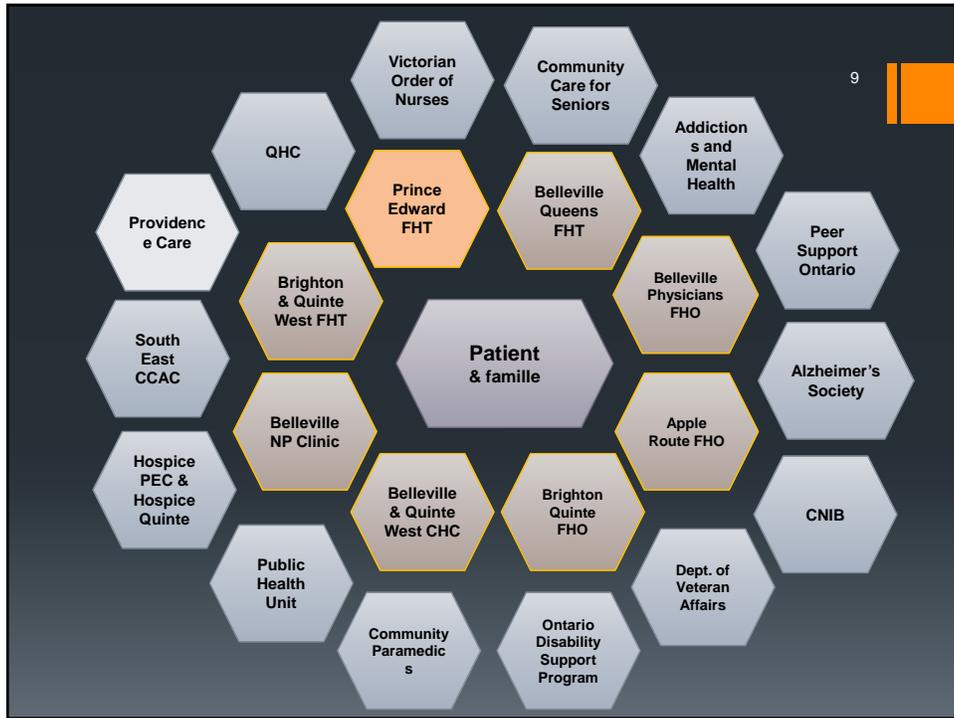
## Modèle de Triple Finalité- Triple Aim





## Maillon Santé de Quinte

- Différentes initiatives:
  - Leadership au niveau des soins de santé primaires en collaboration avec le secteur de la santé et services sociaux.
- Réalité géographique
- Organisation des soins dans les différentes régions



# Prince Edward Family Health Team

**Projet:**  
**Soins Collaboratifs pour les patients ayant des problèmes complexes**



## Composition de l'équipe du PEFHT (Family Health Team = Équipe Santé Familiale)

- 22 médecins (temps plein)
- 6 infirmières praticiennes
  - 2 à temps plein
  - 2 à temps partiel (0.5 et 0.8)
  - 2 employés par FHT et médecins



## Services offerts par le PEFHT

- Clinique fonction cardiaque
- Réhabilitation cardiaque
- Clinique respiratoire (MPOC, asthme)
- Diabète
- Spécialistes (neuro, ortho, médecine interne, urologie)
- Services de Santé Mentale et Psychiatre
- Diététistes
- Soins palliatifs
- Pharmacie



## Services de Santé dans la région

- PEFHT- Seul pour les soins de santé primaires
- CASC Centre d'Accès aux Soins Communautaire (soins à domicile)
- Quinte Health Care Prince Edward County Memorial Hospital
  - 15 lits
  - Urgence



## Données Démographiques du "Comté"

2011

- Population 25 258
- % personnes âgées: 25.2% comparativement au taux National de 14.8%
- Âge moyen: 51.6 ans
  - Personnes âgées de 75 ans et plus: environ 2700
- Revenu annuel moyen: \$39 945

## Géographie du "Comté"



## Développement du programme

- Initialement Comité d'amélioration de la qualité des soins.



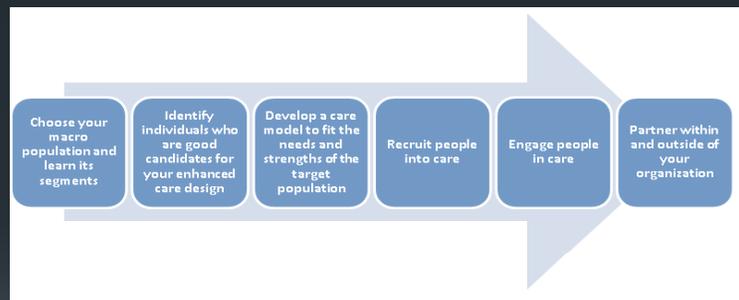
Cycle PEEA ou Planifier Exécuter Étudier et Agir

## Développement du programme

- Chance d'être introduit à la **Fondation Canadienne pour l'Amélioration de la Santé** et d'avoir un support financier
- 1 des 10 équipes qui a participé aux ateliers de formation IHI (Better Health and Lower Cost for Patient with Complex Needs)

Donnez la chance de développer une structure plus robuste, des méthodes d'évaluation et la possibilité de développer le programme à plus grande échelle.

## IHI: Meilleure Santé à moindres coûts



tiré de Institute for Health Care Improvement, 2015



## BUTS

- Augmenter le bien être *tel que défini par chaque individu* et ce tout au long du continuum de l'expérience de santé
- Améliorer le niveau de *connaissances et de confiance des patients dans la gestion* de leur maladie chronique.
- Être apte à reconnaître une déstabilisation de l'état de santé rapidement et agir face à une transition imminente
- Identifier les besoins en matière de santé et les manques afin de rencontrer *les besoins des patients*
- Utiliser les ressources communautaires disponibles



## OBJECTIFS

- Diminuer les admissions et réadmissions à l'hôpital
- Diminuer le nombre de visites à l'urgence
- Développer un réseau dans la communauté afin d'offrir des soins de qualité à la population.
- *Inclure le patient dans le développement du plan de soins*



## Population cible

- Personnes âgées ayant plusieurs comorbidités et/ou problèmes sociaux
- Individus ayant des troubles de santé mentale et des problèmes sociaux



## Identification des patients

Initialement le **top 5% des utilisateurs** en milieu hospitalier mais cela incluait les patients avec des problèmes d'orthopédie (fracture de la hanche), oncologie et autres **pas nécessairement les patient visés!**

- **DONC:** Les patients sont identifiés par:
  - Pourvoyeur de soins (instinct!)
  - Signalement # admission par l'hôpital – visites en salle d'urgence, puis revoir
  - Coordonnateur du programme Hôpital à la maison (Hospital at Home)



## Les intervenants

- Infirmière praticienne en soins de santé primaire
  - Leadership
  - Connaissance médicale et communautaire

Les Soins de Santé Primaire prennent le leadership

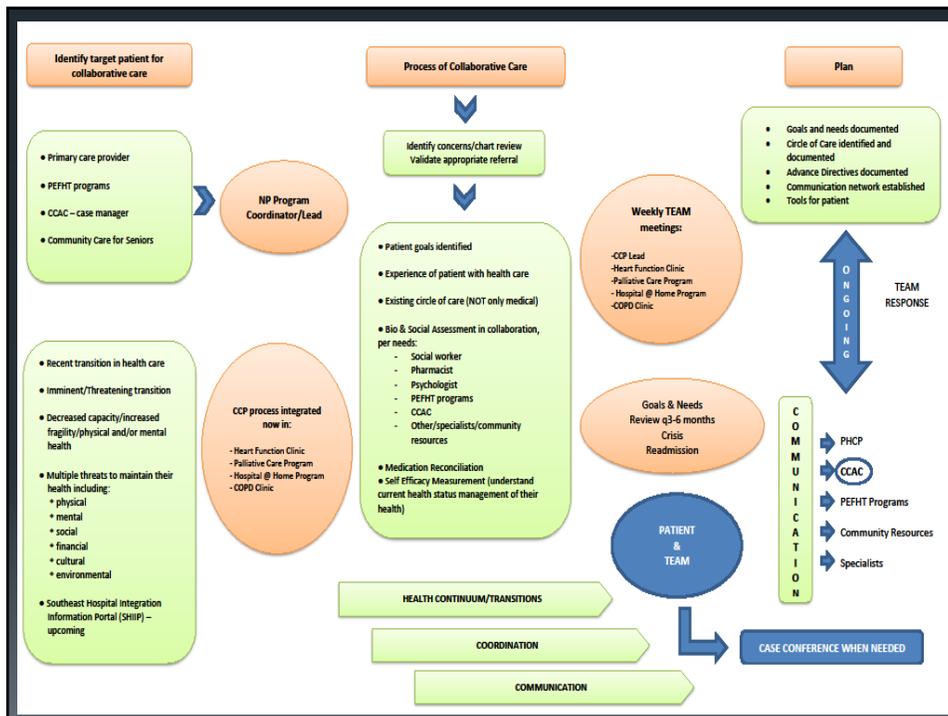


## Les intervenants

- Pourvoyeurs de soins de santé incluant les médecins et les infirmières praticiennes (IP)
- Tous les programmes offerts au sein du PEFHT
  - Plusieurs Infirmières liées au programme
  - Pharmacien(ne)
  - Travailleur (euse ) social(e)
  - Services en santé mentale

# Les intervenants

- Le milieu communautaire
  - CASC: rôle clé car soins à domicile
  - Soins communautaires pour les séniors
  - Services en santé mentale et en addiction



## Comment cela fonctionne-t-il?

### Visite à domicile par l'IP

- Évaluation biopsychosociale
  - Inclure les travailleurs sociaux au besoin
- Discuter des directives avancées
- Parler de l'expérience des soins de santé
- Cercle de l'évaluation des soins
- Revue des médicaments et conciliation avec le pharmacien

### ➤ Identifier les objectifs des patients

## Comment cela fonctionne-t-il?

### La planification par l'IP

- Une fois les besoins identifiés, consulter les différentes agences pouvant offrir les services
  - Garder une bonne relation avec les CASC et développer la planification avec eux (ce qui peut être fait ou non)
- Revoir le plan avec le soignant de première ligne



## Comment cela fonctionne-t-il?

### Soins en continu

- Réunion hebdomadaire avec le PEFHT
  - Soins palliatifs, Fonction cardiaque, MPOC, H@H, CCP

#### Établir qui prend le leadership pour le suivi

- Collaboration avec CASC
  - La plupart des patients requièrent des services multiples: coordination
  - Assurer une bonne communication et planification



## Comment cela fonctionne-t-il?

### Soins en continu

- Tout dépendant de la planification, plus de visites peuvent être initialement requises (à domicile ou au bureau)
  - Balancer avec le soignant de première ligne
- Visites cédulées
- Visites épisodiques
- Appels téléphoniques (sortants ou entrants)
  - Dépannage
  - Évaluation

## Documentation du dossier médical électronique

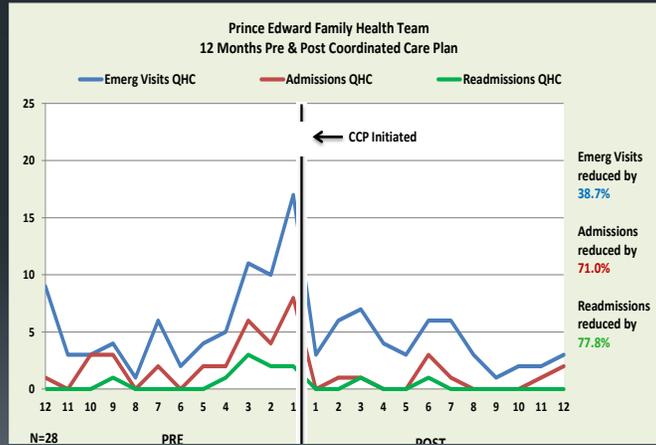
- Objectifs de la documentation et besoins du dossier médical électronique
- Documentation du cercle de soins
- Directives avancées
- Ayez un onglet identifiant les soins en collaboration



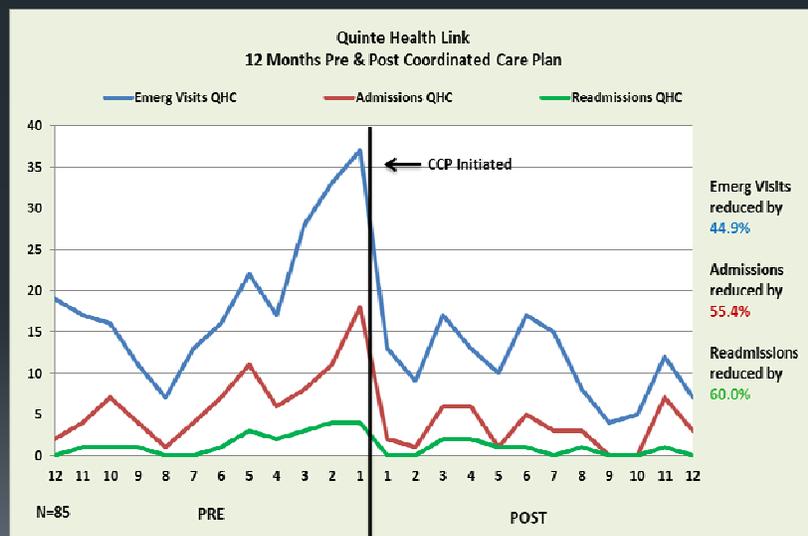
## Quelques statistiques

# de patients inclus aujourd'hui	139
# de patients actifs avec le CCP	109
Âge moyen des patients	76.7 ans
% Hommes	43%
% Femmes	57%
Nombre moyen de médicaments/patient	10.8
Nombre moyen de problèmes/ patient	10.6

## Patients inclus dans le programme pendant les 12 derniers mois



## Résultats de l'ensemble Maillon Santé - Quinte

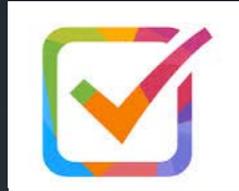




## Faits saillants

- La revue qualitative avec les patients démontre:
  - Un accès amélioré aux soins;
  - Un seul point de contact est essentiel;
  - L'appréciation des visites à domicile;
  - Les patients apprécient de pouvoir parler de leurs objectifs
  - Être à l'écoute des patients

BESOINS SOCIAUX et SANTÉ



## Faits saillants

- Point de vue qualitatif du fournisseur de soins:
  - Appréciation des visites à domicile
  - Suivi rapproché et coordination
  - Collaboration



## Ce qui fonctionne

- CASC
  - Liaison avec le fournisseur de soins de première ligne (non seulement le coordonnateur mais aussi le personnel sur le terrain)
- Le fournisseur de soins de première ligne est impliqué dans la communauté, il est mieux connu et plus accessible.



## Pérennité

- Législation ontarienne en matière de santé s'oriente vers des soins plaçant le patient au centre et les soins de santé primaires deviennent les leader.
  - L'infirmière praticienne identifiée pour y jouer un rôle pivot
- Maillon Santé semble prendre un rôle clef au niveau de la gestion des soins par région
- Conseil d'administration de PEFHT: motion pour supporter le développement de cette initiative prise par les IP

## Les défis

- La géographie
- La charge de travail imprévisible
- Le temps
- L'espace permettant de tous travailler sous un même toit
- \$\$\$

