

FCASS : Comment nous agissons pour innover

Maureen O'Neil et Linda Piazza

Réseau-1 Québec
15 juin 2018



L'évolution de la FCASS

- Milieu en transformation
 - Planification de notre stratégie
 - But ultime : l'amélioration des systèmes
 - Secteur d'intervention privilégié : réforme et intégration des services de première ligne
 - Recrutement d'un directeur général
 - Rapports des OPS
 - Thème récurrent : l'intégration des fournisseurs de soins primaires

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

Notre stratégie

Notre objectif

Accélérer l'amélioration des services de santé.



Expérience des soins du patient et de la famille



Santé de la population



Optimisation des ressources

Notre axe 2017-2018

Renforcer la capacité d'amélioration et fournir un soutien sur le terrain afin de diffuser et mettre à l'échelle des innovations éprouvées.

Soins de proximité appropriés | Aînées fragiles

Soins palliatifs | Santé mentale et dépendance

Santé autochtone | Régions nordiques et éloignées

Santé de la population

Ce que nous faisons

Nous travaillons de près avec les organismes offrant des services de première ligne et mettons à profit notre énergie créatrice.



Faciliter la participation du patient, de la famille et de la communauté



Renforcer la capacité de leadership et les compétences



Appliquer la méthodologie d'amélioration et d'entraînement



Créer des projets collaboratifs pour diffuser des améliorations éclairées par des données probantes

Agir pour innover

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé travaille **#MainDansLaMain** avec vous afin d'améliorer les soins et la santé de tous les Canadiens et Canadiennes.

METTRE À  dans les systèmes de santé
l'échelle

Diffuser

à travers le Canada

 **Identifier** des innovations éprouvées

Définitions provisoires de la FCASS

Diffusion

Transmission d'une meilleure pratique d'un établissement à un autre (afin qu'elle passe d'une pratique exemplaire à une pratique courante). La diffusion a pour objectif la mise en œuvre de telles pratiques.

Pérennisation

Maintien des acquis et renforcement des améliorations. L'objectif n'est pas de toujours se concentrer sur les mêmes aspects, mais de bâtir à partir de nos nouveaux acquis pour réaliser des gains en santé et en rapport qualité-prix, et ce, à long terme.

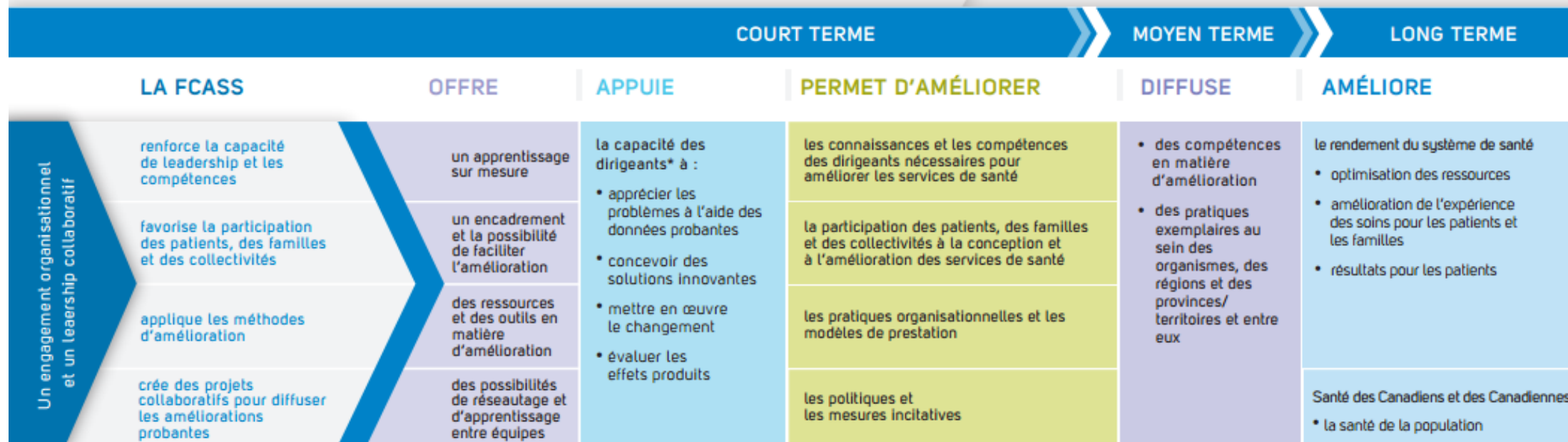
Mise à l'échelle

Action d'élargir la portée d'une amélioration à toutes les personnes susceptibles d'en bénéficier (patients, fournisseurs de soins) dans un certain territoire. L'objectif est donc de diffuser la pratique jusqu'à ce qu'elle soit mise à l'échelle. Pour ce faire, nous devons créer un environnement qui facilite le processus. Il faut mettre en place des politiques et systèmes qui soutiennent notre vague d'optimisation.

FCASS – Approche de l'amélioration



Fondation canadienne pour
l'amélioration des services de santé



PRINCIPES D'AMÉLIORATION

L'amélioration nécessite la participation des intervenants dans le processus de changement fondé sur six hypothèses.

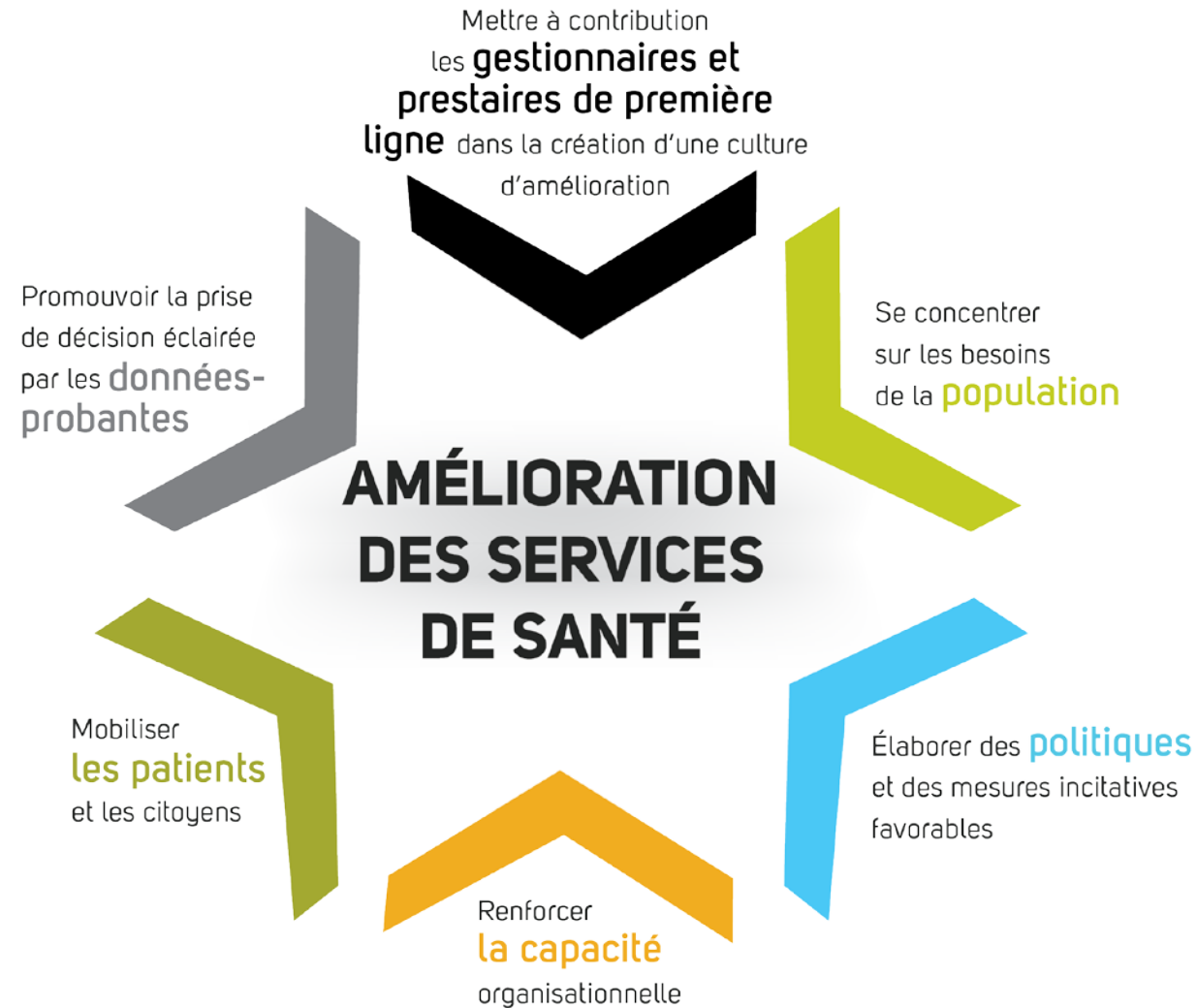
- La prestation des services de santé devrait être centrée sur le patient et axée sur la population.
- La stratégie devrait être éclairée par les données probantes et l'expérience.
- La conception et la mise en œuvre devraient mettre à contribution un large éventail d'intervenants.
- La conception et la mise en œuvre devraient reposer sur une approche participative.
- L'amélioration à grande échelle peut être réalisée progressivement.
- L'amélioration est un processus d'apprentissage collectif qui repose sur une expérimentation évaluée avec soin ainsi que sur des solutions potentielles étudiées de manière critique.

LEVIERS D'ACTION POUR ACCÉLÉRER L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ

L'amélioration des services de santé exige la prise des mesures suivantes :

- la promotion de la prise de décisions éclairées par des données probantes;
- la mobilisation des patients et des citoyens;
- le renforcement de la capacité organisationnelle;
- l'élaboration de politiques et de mesures incitatives favorables;
- la mise à contribution des cadres, des gestionnaires et des fournisseurs de services de santé dans la création d'une culture d'amélioration;
- la concentration des efforts sur les besoins de la population en matière de santé.

Les six leviers de l'amélioration des services de santé



Projets collaboratifs de diffusion et de mise à l'échelle

› Nos projets collaboratifs sont de véritables *coalitions de volontaires* qui visent à :

- assembler des équipes interdisciplinaires;
- innover pour résoudre des problèmes de santé courants;
- travailler et apprendre en équipe;
- offrir le soutien nécessaire pour mettre en application, diffuser ou mettre à l'échelle des améliorations durables sur le plan de la prestation des services.
- Éléments clés :
 - financement de démarrage;
 - programme éclairé par des données probantes;
 - encadrement pour soutenir la mise en application.

› Projets collaboratifs actuels :

- Médecine connectée
- Projet collaboratif de diffusion de l'intégration d'une démarche palliative (programme EPAC)
- Renforcer nos soins de longue durée : Diffusion de PREVIEW-ED ©
- Projets collaboratifs de prescription appropriée aux T.-N.-L. et à l'Î.-P.É.; Initiative Leap pour la qualité des soins aux aînés au N.-B.; Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services – Antipsychotiques (OPUS-AP) au Québec
- Mise à l'échelle de l'approche INSPIRED des soins de la MPOC
- Ambulanciers paramédicaux qui prodiguent des soins palliatifs à domicile
- Participation des patients et des familles : Faire le pont vers la maison

Résumé d'un projet collaboratif typique de la FCASS s'étalant sur 12 à 18 mois

Étape 1

- **Identification des innovations** qui semblent prêtes à être diffusées et mise à l'échelle grâce à des appels à tous, au programme FORCES, à nos partenaires et parties prenantes et aux outils d'évaluation

Étape 2

- **Conception et diffusion de prospectus** contenant des informations sur les innovations, les échéanciers, le processus de mise en application, le financement et les critères de participation

Étape 3

- **Évaluation des équipes potentielles** par des appels préalables à la soumission de la candidature et un processus de déclaration d'intérêt afin que les équipes sélectionnées soumettent une candidature complète

Étape 4

- **Révision et évaluation de la qualité** des candidatures complètes par un panel d'experts composé d'enseignants et de personnel grâce à des critères précis

Résumé d'un projet collaboratif typique de la FCASS s'étalant sur 12 à 18 mois

Étape 5

- **Réunion en personne** des équipes sélectionnées pour le lancement du programme

Étape 6

- **Programme de formation** par l'entremise de webinaires, d'ateliers en personne et de téléconférences avec l'équipe d'enseignants

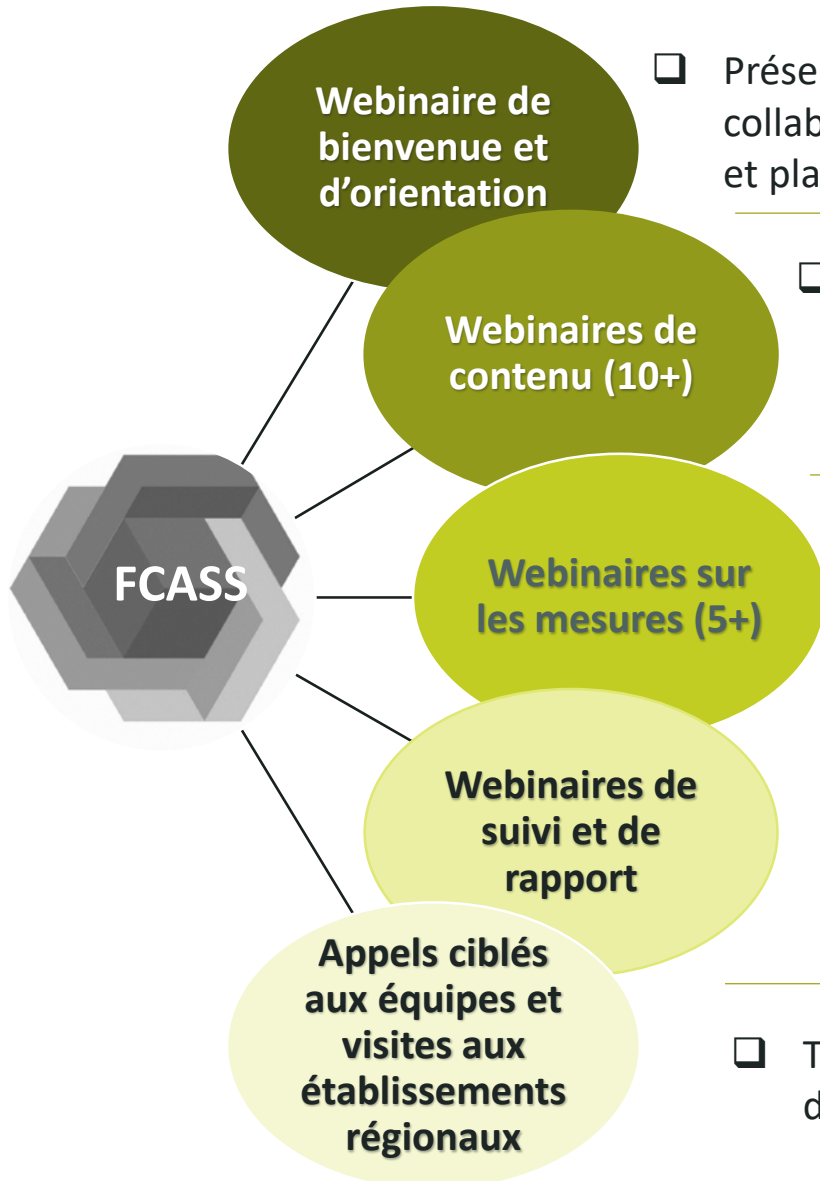
Étape 7

- **Mise en œuvre avec évaluations** au début, en cours de projet et à la fin du projet collaboratif

Étape 8

- **Conclusion et récapitulation du projet collaboratif**

Éléments du programme et modalités



- ❑ Présentation des équipes, des enseignants et employés de la FCASS ainsi que des partenaires et collaborateurs participant au projet collaboratif; évaluation des objectifs, composants, échéanciers et plateformes d'apprentissage en ligne du projet collaboratif.
- ❑ Contenu sur le processus d'amélioration de la qualité, l'évolution de la maladie et les composants du programme (par exemple, visites à domicile, évaluation de la situation, soins communautaires). *Remarque : l'information sera accessible sous forme d'enregistrements ou d'archives pour ceux qui ne peuvent y assister en direct.*
- ❑ Webinaires bimensuels sur les mesures (environ cinq au total, dont un sous forme d'atelier en personne), par exemple : questionnaires propres au programme, comparaison entre diagramme de progression et graphique de contrôle, analyse des coûts.
- ❑ Mises à jour trimestrielles (sous forme d'appels, d'ateliers, de visites aux établissements régionaux); exercices au cours des webinaires (ex. : sondages en direct, discussions). *Remarque : en continu et observés pour en faire ressortir les tendances dans le temps.*
- ❑ Thèmes choisis par la FCASS ou par les équipes (par ex. : implications politiques, haute direction, endroit où les soins seront prodigués); appel d'encadrement lorsque nécessaire.

Leçons tirées d'une diffusion et d'une mise à l'échelle réussies

Même les meilleures idées et pratiques ne se mettent pas en œuvre et ne se diffusent pas d'elles-mêmes.

Les patients et leur familles sont essentiels à la transformation du système.

Il est crucial d'être attentif aux besoins des cliniciens et autres fournisseurs de soins.

Le financement de démarrage est nécessaire au changement et la transformation d'un système requiert des ressources supplémentaires, de nouveaux outils et un effort intensif.

La présence ou l'absence de certains participants est un facteur important.

Le travail d'équipe est essentiel au changement. Les bons visionnaires sont toujours appuyés par une équipe dévouée au sein de laquelle le leadership est partagé.

Il est important d'établir des critères précis (population, intervention, outils, méthodes).

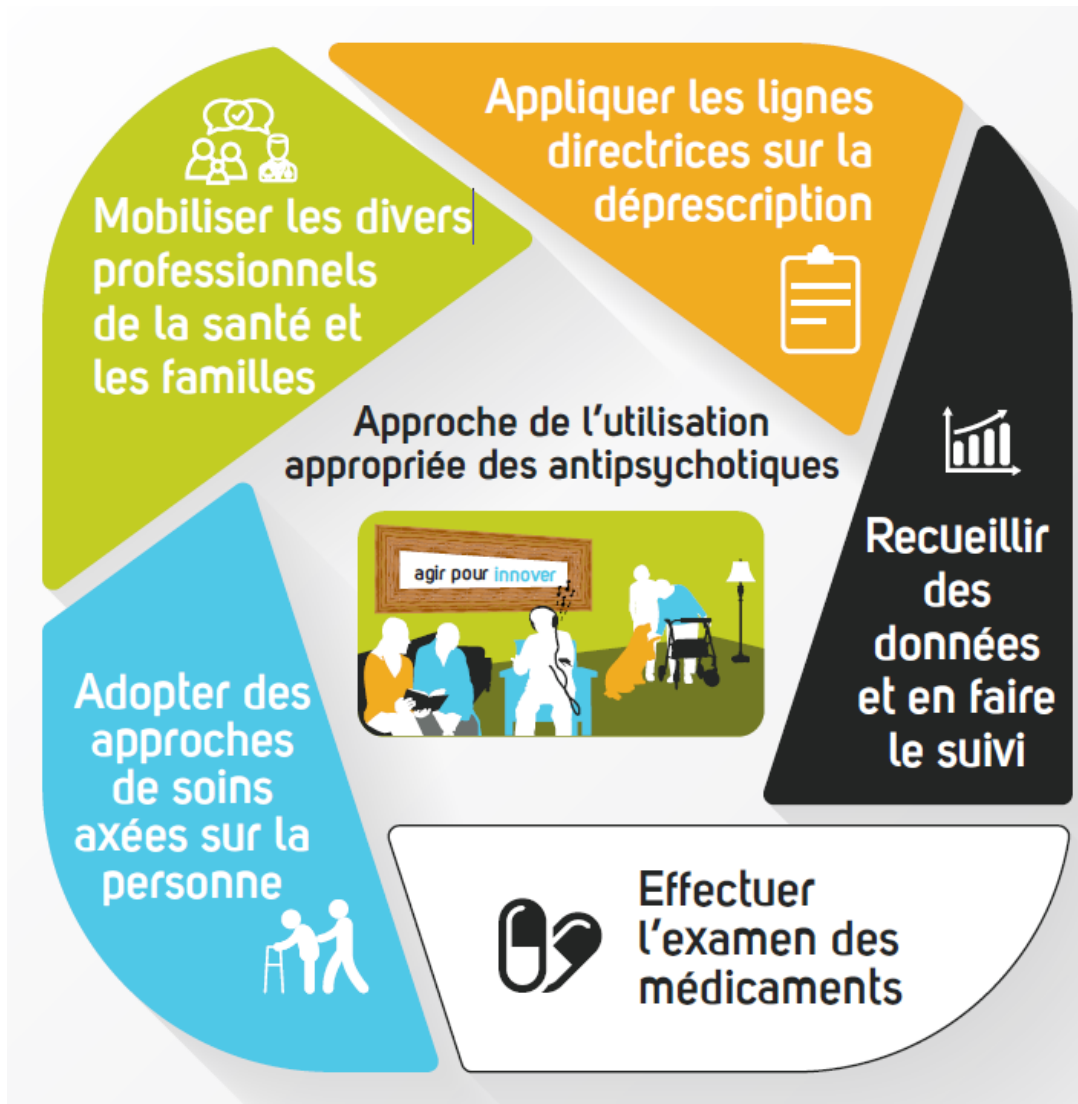
Le changement doit être évalué en temps réel pour entraîner une amélioration qui mène au changement.

La transformation d'un système se fait petit à petit. Il est possible d'améliorer la qualité des soins en un court laps de temps et d'ainsi renforcer les capacités d'amélioration et de transformation.

Les améliorations peuvent être diffusées et déployées à l'échelle nationale.

Utilisation appropriée des antipsychotiques (UAA)

Trois projets collaboratifs de la FCASS



Le problème

- L'usage d'antipsychotiques est principalement destiné au soin des patients atteints de schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.
- Au Canada, le cinquième des résidents des établissements de soins de longue durée prend des antipsychotiques sans qu'un diagnostic de psychose ait été établi.
- Les données démontrent que les médicaments antipsychotiques...
 - sont peu efficaces pour gérer les troubles comportementaux associés à la démence (Barton, 2005);
 - mènent à une détérioration des fonctions cognitives (Vigen, 2011);
 - entraînent des événements indésirables graves lorsqu'ils sont pris à long terme, surtout chez les aînés (Gareri, 2014);
 - ne devraient pas être administrés avant que des approches non médicamenteuses et axées sur le patient aient été essayées (Zuidema, 2015).

La solution

- *Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tiré de : <https://votresystemedesante.icis.ca/>

1. Réduire le recours aux antipsychotiques en Soins de longue durée – projet collaboratif



416

résidents d'établissements de soins de longue durée ont participé au projet



54%

des résidents ont vu leur prescription d'antipsychotiques réduite ou interrompue

36%
ont interrompu la prise d'antipsychotiques

18%
utilisent un dosage réduit

Résultats :

Projet mis en place dans :



Diffusion du projet prévue dans :



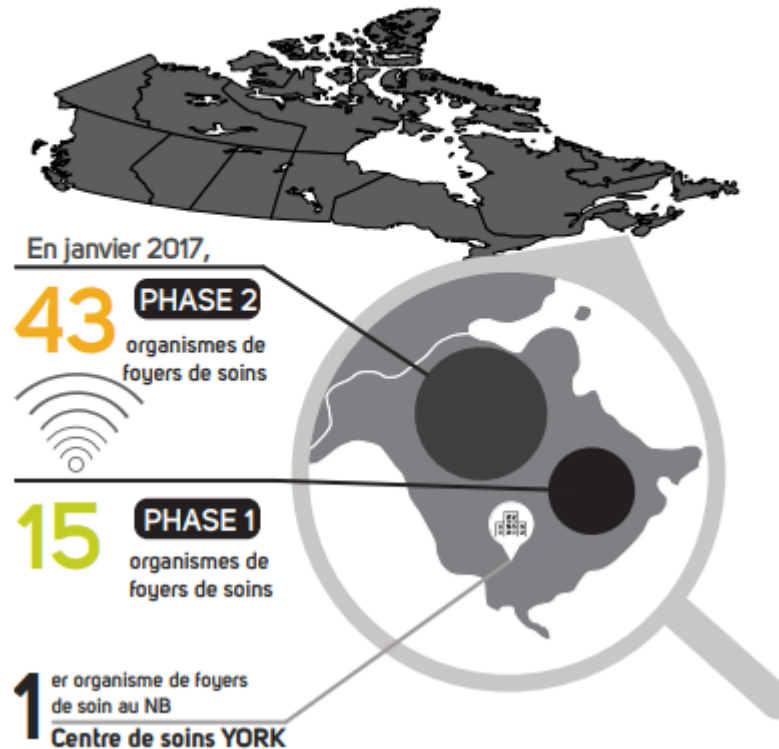
2. Projet collaboratif *Utilisation appropriée des antipsychotiques au Nouveau-Brunswick (UAA-NB) : collaboration pour la mise à l'échelle dans toute la province*



Canadian Foundation for **Healthcare Improvement**

Fondation canadienne pour **l'amélioration des services de santé**

Utilisation appropriée des antipsychotiques (UAA):
Diffusion de l'innovation pour améliorer la qualité
de vie des personnes âgées au Nouveau-Brunswick



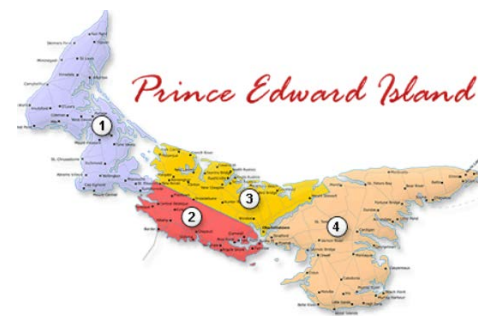
3. Mise à l'échelle de l'UAA au Québec, à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard



- › **Phase 1** (mai 2017 à octobre 2018) : **24** CHSLD
- › **Phase 2** (janvier 2019 à avril 2020) : **136** CHSLD
- › **Phase 3** (mai 2020 à août 2021) : **140** CHSLD
- › **Total de 300 CHSLD**



46 foyers de soins de longue durée à Terre-Neuve-et-Labrador



9 foyers à l'Île-du-Prince-Édouard

Réforme et intégration des soins primaires :
Définir notre rôle dans la diffusion et la mise à
l'échelle d'innovations efficaces

Revue des politiques sur les soins primaires

Greg Marchildon, NAO

- › Innovations en matière de politiques sur les soins primaires au Canada : revue rapide (2018)
- › Ébauche : réformes des soins primaires en Ontario, en Alberta, au Manitoba et dans les Territoires du Nord-Ouest : revue rapide (2018)

** Ces rapports ont été traduits en français et des représentants de la table ronde sur les soins de santé primaires les étudieront et formuleront leurs commentaires d'ici la mi-juin.*

Après un examen de la littérature didactique, six critères ont été retenus comme étant les plus importants dans la réforme des soins primaires au Canada.

1. L'élaboration de nouveaux modèles de soins de santé primaires favorisant l'accès aux équipes interdisciplinaires.

2. L'inscription plus systématique des patients afin de limiter les coûts et d'améliorer la responsabilisation et la continuité des soins.

3. L'exigence selon laquelle les services de santé de première ligne doivent offrir aux patients une gamme complète de soins de santé primaires en tout temps (24 heures sur 24, 7 jours sur 7).

4. Un investissement efficace dans les technologies de l'information et de la communication et l'utilisation de ces technologies accessibles aux patients et aux fournisseurs de soins.

5. Des changements dans la rémunération des médecins de premier recours afin de favoriser une plus grande continuité et une meilleure qualité des soins.

6. Des changements dans l'organisation favorisant l'harmonisation au sein du système de santé et faisant en sorte que les médecins ont une plus grande responsabilité envers les patients et les systèmes de santé.

Première table ronde : La réforme et l'intégration des soins primaires

PREMIÈRE TABLE RONDE : *Communiquer les moyens efficaces pour accélérer l'amélioration des soins de santé primaires, 26-27 avril 2018, Winnipeg*

Thèmes :

- Dossiers médicaux électroniques et enjeux associés (fournisseurs de systèmes DME, partage des données et compatibilité);
- Responsabilité des médecins envers les patients et le gouvernement (p. ex. : outils de mesure, rôle des médecins);
- Équipes interdisciplinaires (qui comprennent non seulement les infirmiers praticiens, mais également les fournisseurs de services de santé mentale, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, etc.);
- Regroupement des soins intégrés tout au long du traitement et de la gestion de la maladie (p. ex. : MPOC, insuffisance cardiaque congestive, diabète);
- Capacité de soins interdisciplinaire, y compris disponibilité opérationnelle des effectifs (par ex. : formation interprofessionnelle, compétences et évaluation de ces compétences);
- Intégration multisectorielle.



Deuxième table ronde : La réforme et l'intégration des soins primaires

DEUXIÈME TABLE RONDE : *Modèles de soins de santé primaires dans les régions nordiques, rurales et éloignées et leadership en matière de réconciliation dans le domaine de la santé. 30 mai 2018, Ottawa*

Thèmes :

- Importance des déterminants sociaux – la gestion des maladies chroniques n'est pas nécessaire dans un milieu où la population ne vit pas suffisamment longtemps pour souffrir de maladies chroniques
- Optimisation des rôles
- Abandon du modèle médical et de ce qui en découle
- Manque de professionnels de la santé qualifiés
- Technologie et santé numérique
- Modèles de compensations, d'avantages et de financement
- Éducation par rapport à expérience
- Population de patients unique et complexe



S'AMÉLIORER

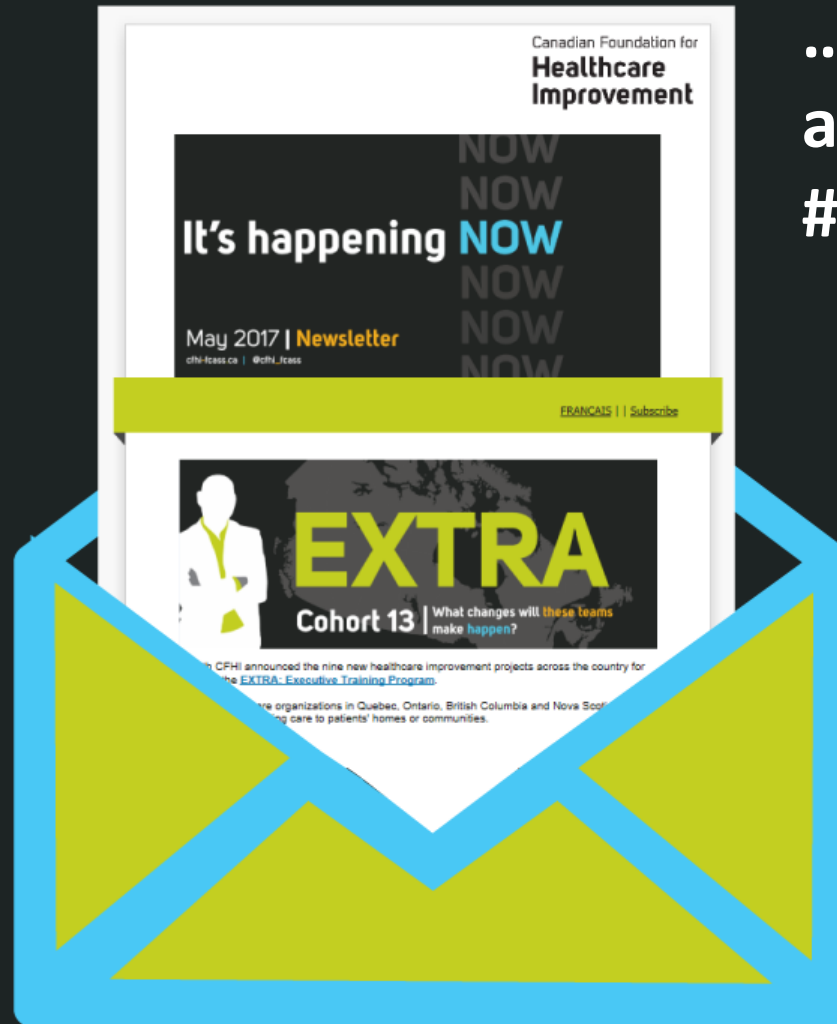
COMMENT?

INNOVER POUR TRANSFORMER LES SERVICES DE SANTÉ POUR LES CANADIENS
ET CANADIENNES

Dialogue : Est-il possible de travailler ensemble?

- Questions?
- Nos questions pour vous...
 - Quels sont les thèmes qui ressortent dans le domaine des soins primaires?
 - Les innovations proposées par Réseau-1 fonctionnent-elles?
 - Quelles sont les difficultés ou les lacunes à l'étape de la mise en œuvre?
 - Une approche d'amélioration de la qualité pourrait-elle faire partie de la solution?

INSCRIVEZ-VOUS À NOTRE BULLETIN ÉLECTRONIQUE



...pour voir comment nous
agissons pour **innover**
#maindansson

CAUSEZ AVEC NOUS



@cfhi_fcass



Canadian Foundation
for Healthcare
Improvement



@cfhi_fcass



Canadian Foundation
for Healthcare
Improvement



cfhifcass