



Canadian Home Care  
Association  
canadienne de soins  
et services à domicile



## Le partenariat en pratique

**Les soins de santé primaires au Canada profitent  
de deux stratégies clés interpellant les soins à domicile**



National Home Care and Primary  
Health Care Partnership Project  
Projet de partenariat national entre les soins  
à domicile et les soins de santé primaires

## Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires

# Le partenariat en pratique

## **Les soins de santé primaires au Canada profitent de deux stratégies clés interpellant les soins à domicile**

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

© L'Association canadienne de soins et services à domicile, mars 2006.  
[www.cdnhomecare.ca](http://www.cdnhomecare.ca)

Toute utilisation du présent texte, en totalité ou en partie, stockage dans un système de recherche documentaire, transmission, reproduction ou enregistrement par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique ou autre sans l'autorisation écrite préalable du rédacteur ou de l'éditeur constitue une violation de la *Loi sur le droit d'auteur*.

# Avant-propos

À titre de présidente de l'Association canadienne de soins et services à domicile et au nom du conseil d'administration, je suis très heureuse de partager avec vous le rapport faisant état des conclusions du Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires. Comme vous le constaterez à sa lecture, le rapport démontre clairement le rôle que doivent jouer les soins à domicile dans la prestation des soins de santé primaires lorsqu'ils s'inscrivent dans deux stratégies clés -- la création de partenariats avec les omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile en vue d'y inclure la gestion des maladies chroniques.

Comme collaboratrice au projet initial, je trouve particulièrement passionnant de voir le chemin parcouru depuis trois ans. Tous les acteurs en ont tiré des leçons importantes et l'avenir est très prometteur puisque nous partagerons ces expériences avec d'autres administrations qui pourront adapter les conclusions à leurs besoins.

Les soins de santé en général et le renouvellement des soins de santé primaires en particulier traversent une période difficile. L'enthousiasme avec lequel les participants ont accepté de faire l'essai de nouveaux modèles d'intégration et de prestation de soins, toutefois, illustre que nous avons la volonté et la capacité d'apporter les changements nécessaires pour que notre système soit le meilleur possible. De plus, le projet démontre clairement que le travail d'équipe (que ce soit entre les partenaires des soins à domicile et les omnipraticiens et leurs patients/bénéficiaires, ou entre les nombreux collaborateurs du projet) nous permet d'accomplir de grandes choses.

Le Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires a accompli exactement ce que sous-entend son nom : créer des partenariats solides et valables entre les médecins de famille et les gestionnaires de cas de soins à domicile.

Son mandat et son objectif premier, toutefois, ont toujours été le patient/bénéficiaire. En faisant appel aux pratiques exemplaires -- soit la combinaison de modèles de prestation de soins fondés sur l'expérience qui répondent le mieux aux besoins particuliers d'un patient/bénéficiaire -- le projet a réussi à démontrer les avantages d'un processus de collaboration s'appuyant sur le travail d'équipe et mettant l'accent sur les besoins des patients vivant avec une pathologie chronique (le diabète plus particulièrement).

Fait important, les conclusions du projet illustrent que ce groupe de patients/bénéficiaires a été celui qui a profité le plus de l'expérience, qui a pris le plus conscience de l'existence des ressources communautaires et de leur rôle dans la prestation des soins et qui a obtenu de meilleurs résultats cliniques.

Il faut toutefois aussi se réjouir des autres bienfaits importants qu'en ont retirés les médecins et leurs partenaires des secteurs des soins à domicile et des soins de santé primaires. À l'instar de Barbara, j'invite les autres administrations à examiner attentivement le travail qui a été accompli et les possibilités qu'offre le projet dans leurs démarches en vue d'intégrer et de gérer les pathologies chroniques.



*Barbara Korabek*  
Présidente du conseil  
d'administration de l'ACSSD



*Murray Nixon, MD, CCFP, FCFP*  
Président du Conseil consultatif du projet  
et président sortant du conseil d'administration  
de l'ACSSD

# Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>5</b>
<b>Objectifs du projet</b>	<b>12</b>
<b>Avantages à haut niveau d'impact</b>	<b>17</b>
<b>Appendices</b>	
<b>A. Remerciements</b>	<b>91</b>
<b>B. Objectifs et modèle logique</b>	<b>95</b>
<b>C. Notes de fin de texte</b>	<b>99</b>

**Améliore la qualité des soins dispensés aux patients/bénéficiaires**

page 17

**Facilite l'habilitation du patient/bénéficiaire**

page 27

**Optimise les ressources humaines en santé**

page 37

**Améliore la gestion communautaire des maladies chroniques**

page 47

**Accroît l'efficacité des communications et de la prise de décision**

page 57

**Renforce la valeur de la gestion de cas à l'échelle du système**

page 67

**Illustre la possibilité de réduire les frais de gestion**

page 77

## Stratégies du changement

- Jumeler les gestionnaires de soins à domicile avec les médecins de famille en créant un partenariat officiel et structuré, et ainsi constituer des équipes de santé pouvant optimiser la prestation des soins aux patients/bénéficiaires.
- Élargir le rôle des soins à domicile dans le domaine de la gestion des pathologies chroniques afin qu'ils puissent rejoindre un plus grand nombre de malades pour lesquels une intervention préventive améliorerait leur autonomie.

# Résumé

## Le partenariat en pratique

Les soins de santé primaires au Canada profitent de deux stratégies clés interpellant les soins à domicile

**« L'intégration des soins est une solution gagnante. Le Projet de partenariat national a démontré la diversité des résultats auxquels nous pouvons nous attendre – pour le patient, les fournisseurs de soins de santé, le système de santé du Canada – lorsque les équipes de soins de santé primaires et de soins à domicile conjuguent leurs efforts. »**

**Nadine Henningsen**, directrice générale,  
Association canadienne de soins et services à domicile

*Le Projet de partenariat national était un projet-pilote financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, parrainé par l'Association canadienne de soins et services à domicile. Lancé en novembre 2003, il a pris fin en mars 2006. Son objectif : optimiser la collaboration entre les soins à domicile et les médecins de famille en renforçant les rôles actuels de la gestion de cas à domicile relativement au traitement d'adultes diabétiques. Les localités choisies ont appliqué des protocoles de pratiques exemplaires à un groupe de patients et ont convenu d'une méthodologie pour soigner les patients/bénéficiaires vivant avec cette maladie chronique. Les participants ont conclu que le traitement des maladies chroniques relève des soins communautaires et que les soins à domicile peuvent et doivent faire partie intégrante du protocole de soins.*

Le système de santé du Canada est manifestement confronté à de nombreuses difficultés. Les bouleversements sur les plans technologique, démographique, économique, ressources humaines et politiques ne sont que quelques-uns des facteurs influant sur les soins de santé. Par conséquent, repenser la prestation de soins à domicile est devenu un enjeu prioritaire au Canada et un défi nécessitant une réflexion faisant place à de nouvelles idées<sup>1</sup>. Une meilleure intégration des services de santé et l'amélioration de la gestion des maladies chroniques sont deux des principes du renouvellement des soins de santé primaires<sup>2</sup>.

Le présent rapport décrit l'expérience du Projet de partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires (« le projet » ou « le projet de partenariat »), une initiative de deux ans financée par Santé Canada par le truchement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, et parrainée par l'Association canadienne de soins et services à domicile (« l'ACSSD »). Le rapport s'inscrit dans les travaux de la dernière phase d'évaluation et de diffusion des résultats du Projet de partenariat national. Il entend brosser un tableau d'ensemble des conclusions, des leçons retenues et des conclusions tirées<sup>3</sup>. Le rapport ne se veut pas un document chargé de données statistiques puisqu'il s'agissait avant tout d'un projet pilote<sup>4</sup>. Les conclusions sont tirées de l'expérience des participants – expérience qui nous a été rapportée à l'issue de sondages, d'entrevues et de la collecte de certaines données.

Nous avons une histoire à partager qui, nous croyons, vaut la peine d'être racontée. Les propos mêmes des participants (à différents endroits dans le rapport) et les données que nous avons recueillies en disent long sur les nombreux succès du projet. Nous tenons également à partager nos réflexions sur certains aspects de l'initiative qui n'ont peut-être pas fonctionné comme nous nous y attendions, ainsi que sur la perspective que nous avons acquise en cours de route et qui pourrait être utile pour d'autres administrations envisageant de lancer un projet analogue.

Nous précisons également que les descriptions que vous trouverez dans le rapport ne sont pas normatives. Notre but consiste à partager de nouveaux modèles, les facteurs clés de leur réussite et des notions importantes en sachant que le personnel de première ligne qui intervient directement dans les soins de santé primaires est mieux en mesure de savoir comment changer son propre milieu.

Les lecteurs visés comprennent les parties prenantes du projet (les décideurs des politiques en matière de soins de santé, les dirigeants du secteur des soins à domicile et les médecins), d'autres administrations intéressées à entreprendre une initiative analogue et d'autres programmes de gestion des pathologies chroniques. Notre but – faire connaître le projet maintenant qu'il est terminé et partager notre expérience et l'information avec d'autres provinces et territoires afin d'accélérer l'adoption de ce modèle qui, à notre avis, représente une solution incontournable dans un système de soins de santé primaires fort.

Le projet fut mis en œuvre en Ontario et en Alberta; la grande différence entre les systèmes de santé en place dans ces deux régions a élargi les possibilités d'apprentissage et, par conséquent, d'application dans d'autres régions du Canada.

Le but premier du projet consistait à examiner comment un rôle accru pour les soins à domicile – en travaillant en partenariat avec les médecins de famille dans le cadre d'un modèle de gestion des pathologies chroniques – pourrait permettre à cette discipline de prendre en charge de nombreux aspects des soins de santé primaires, notamment l'accès, l'intégration, les résultats et l'efficacité en se concentrant sur le soin des patients.

Les buts du projet devaient permettre de dispenser des soins plus proactifs en mettant l'accent sur la prévention, une plus grande habilitation du patient/bénéficiaire et une utilisation plus efficace des ressources humaines en santé. Les priorités incluaient :

- Collaboration et partenariat
- Gestion de cas
- Gestion des maladies chroniques
- Technologie de l'information (TI)

Nous avons appris que les programmes de soins à domicile ont un rôle définitif et essentiel à jouer dans les soins de santé primaires afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens et leur système de santé dans l'ensemble. Les résultats et l'expérience suggèrent fortement que la mise en œuvre de deux stratégies clés dans le secteur des soins à domicile – plus particulièrement le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques – peuvent se traduire par des avantages considérables pour les soins de santé primaires au Canada et, plus important encore, pour les patients.

## Leçons apprises

### Perspective du partenariat

- Le redéploiement des gestionnaires de soins à domicile en vue de les jumeler avec des omnipraticiens est logique et peut se faire assez facilement et économiquement. Il permet d'optimiser les connaissances et les compétences du médecin et du gestionnaire de cas au profit des patients/bénéficiaires et des fournisseurs.
- Il faut un certain temps pour que le partenariat, de par sa nature un outil de concertation, atteigne sa vitesse de croisière. Il exige l'établissement d'une relation de confiance, une convention sur la façon de communiquer et de travailler et une compréhension mutuelle des méthodes permettant d'optimiser les soins dispensés aux patients/bénéficiaires afin d'obtenir les résultats escomptés (par exemple, en utilisant des algorithmes de soins).
- En travaillant ensemble, en comprenant leur contexte de travail mutuel et en décidant conjointement comment utiliser leurs ressources limitées, les partenaires peuvent minimiser les obstacles systémiques et faciliter les échanges entre les divers éléments du système.
- Le modèle du partenariat offre de vastes possibilités pour servir un éventail de patients/bénéficiaires
- Sans exception, les médecins qui ont travaillé en partenariat avec un gestionnaire de soins à domicile affirment ne pas vouloir revenir à la formule de travail traditionnelle.

## Perspective d'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des maladies chroniques

- Les soins à domicile ont un rôle à jouer dans la gestion des pathologies chroniques. En offrant aux patients/bénéficiaires la possibilité de se prévaloir d'un éventail de services communautaires, ils améliorent la confiance entre le patient et la clinique, l'autonomie des bénéficiaires et les résultats cliniques (par exemple, la possibilité de réduire les taux d'A1c). Leur intervention est cruciale pour limiter les crises onéreuses qui surviennent en l'absence de soins proactifs efficaces.
- Il faut accorder aux stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies (notamment les stratégies visant à prévenir la détérioration prématurée chez les malades chroniques) autant d'importance qu'au traitement des maladies.
- Le partage des responsabilités entre les membres d'une équipe est une formule plus efficace. Les médecins peuvent déléguer certains aspects des soins à des gestionnaires de cas à domicile en toute confiance, ce qui garantit de meilleurs soins pour leurs patients. Il en résulte une amélioration appréciable de la gestion de cas à tous les niveaux du système – où tous les professionnels de la santé (et les patients) peuvent mettre leurs connaissances, forces et perspectives particulières à contribution.
- Mettre l'accent sur les résultats à l'échelle du système de santé permet aux soins à domicile, ainsi qu'à d'autres secteurs du système, de déterminer leur contribution et leur responsabilité ainsi que de mesurer leur succès auprès des patients/bénéficiaires et à l'échelle du système.

Les participants ont trouvé l'expérience extrêmement stimulante et estiment qu'elle augure bien pour une application à une échelle beaucoup plus grande.

Le projet a eu de nombreux impacts positifs chez les patients/bénéficiaires, les fournisseurs et le système de santé. En jumelant les gestionnaires de cas à domicile avec des médecins de famille et en élargissant le rôle des soins à domicile dans la gestion des maladies chroniques, nous avons constaté que notre modèle :

- améliore la qualité des soins dispensés aux patients/bénéficiaires
- facilite l'habilitation des patients/bénéficiaires
- optimise les ressources humaines en santé
- améliore la gestion communautaire des pathologies chroniques
- accroît l'efficacité des communications et de la prise de décisions
- renforce la valeur de la gestion de cas à l'échelle du système
- démontre la possibilité d'améliorer la gestion de cas

## Transformation possible

En examinant chacun des avantages ci-dessus, les lecteurs comprendront que les stratégies clés que nous proposons rendent la transformation possible. Non seulement elles ne sont pas onéreuses, mais elles sont réalisables à terme et peuvent avoir un impact considérable. En outre, la notion de partenariat dans les soins de santé est loin d'être nouvelle – il existe de nombreux exemples de partenariats ayant connu du succès (beaucoup d'entre eux de nature interdisciplinaire<sup>5</sup>) qui contribuent de manière significative au système de santé du Canada. La différence par rapport au projet est le type particulier d'arrangement que nous proposons entre les gestionnaires de cas et les médecins de famille ainsi que le but particulier (le traitement des maladies chroniques) de leur partenariat.



L'approche que nous préconisons exige une volonté d'essayer de nouveaux rôles et de nouveaux rapports ainsi qu'une certaine volonté politique de s'engager dans une nouvelle voie. La dernière section du rapport présente une liste des recommandations qui peuvent nous aider à nous engager dans cette nouvelle voie :

- La gestion de cas doit s'inscrire dans une stratégie globale des soins de santé primaires au Canada. D'où l'importance d'accorder priorité à la participation du médecin et des partenaires des soins à domicile dans la planification des services de soins de santé. Il faut également qu'il y ait un engagement de fonctionner dans un cadre clinique où tous les intervenants de la santé assument la responsabilité des résultats cliniques.
- La gestion des maladies chroniques doit être reconnue comme une responsabilité communautaire dans le cadre de laquelle les soins à domicile peuvent et doivent jouer un rôle indispensable. Il faut prévoir et des ressources et de la formation pour leur permettre d'assumer ce rôle.
- Il faut consacrer davantage de ressources et de temps de formation en vue de mettre sur pied des équipes et des partenariats en mesure de travailler de concert avec l'équipe de soins de santé primaires.
- Il est indispensable de continuer d'investir dans l'informatisation des dossiers médicaux et l'infotechnologie appliquée à la santé (et l'éducation du public) en insistant sur l'importance de ces outils. Il faut agir le plus rapidement possible dans ces domaines.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent continuer d'accorder priorité à l'utilisation de formulaires et d'outils électroniques (y compris les algorithmes et les ensembles de données). Ces outils revêtent une importance cruciale en tant que lignes directrices de pratiques exemplaires qui facilitent la normalisation et l'administration des soins dispensés aux patients/bénéficiaires, à titre individuel et collectif.

En mettant en œuvre les stratégies clés que nous proposons, nous pouvons réaliser le potentiel des soins à domicile, particulièrement en ce qui a trait au renouvellement des soins de santé primaires et à la gestion des pathologies chroniques; et, ce qui est le plus important, le patient/bénéficiaire peut obtenir de meilleurs résultats cliniques et une meilleure qualité de vie.

**« Je crois que le cadre et les principes appliqués au projet peuvent être adaptés à d'autres modèles de coordination des soins dispensés aux patients/bénéficiaires. »**

**D<sup>r</sup> John Maxted**, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé,  
Collège des médecins de famille du Canada,  
membre du Conseil consultatif du projet

« Je suis convaincu que c'est la voie de l'avenir [...] la formule diminue le fardeau des soins en le partageant et permet d'obtenir de meilleurs résultats. C'est un pas très encourageant dans la bonne direction. »

**Dr Chris Bockmuehl**, Southwest Medical Clinic,  
partenaire de l'Alberta

« C'est une  
formule que l'on  
peut facilement  
appliquer ailleurs  
au Canada. »

**Sandra Henderson**, directrice générale,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Halton

Pour les lecteurs qui voudraient adopter des modèles semblables à celui que nous avons utilisé, notre site Web décrit les leçons précieuses que nous avons apprises en cours de route.

Nous vous invitons à examiner et à profiter de cette expérience...

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

# Déclaration préliminaire

## Survol du Projet de partenariat

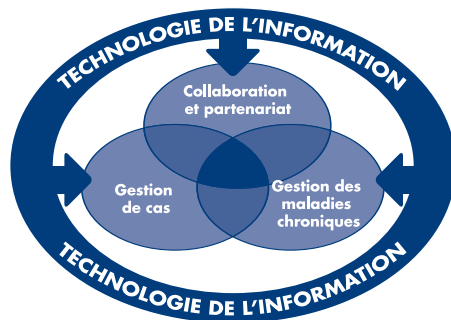
### Objectif du projet

Le Projet de partenariat national était un projet-pilote financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, parrainé par l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD). Lancé en novembre 2003, le projet a pris fin en mars 2006.

Ses trois stratégies prioritaires étaient :

- la gestion des pathologies chroniques
- les partenariats
- l'amélioration de la gestion de cas

Le projet nous a permis d'améliorer les systèmes locaux de TI à l'appui de ces trois priorités.



Dans la perspective générale de favoriser l'intégration des services de soins à domicile et de soins de santé primaires au Canada, le projet a utilisé les ressources du Fonds pour l'adaptation des soins de santé en vue de faire l'essai d'un modèle dans deux provinces, puis d'en publier les conclusions. Le modèle a mis l'accent sur les avantages du partenariat entre les médecins de famille et les gestionnaires de soins à domicile, où les rôles des deux groupes ont été optimisés. Nous avons choisi de le faire du point de vue de la gestion des pathologies chroniques en privilégiant le diabète. Les centres qui ont participé au projet ont adopté des protocoles de soins exemplaires ayant fait leur preuve.

Nous avons choisi le diabète en raison de la rigueur des travaux de recherche effectués sur cette

maladie et en tenant pour acquis que si le modèle devait fonctionner pour cette maladie, il fonctionnerait également pour d'autres types de pathologies chroniques.

### Régions où s'est déroulé le projet

Le projet s'est déroulé dans deux provinces – en Ontario (Halton et Peel) et en Alberta (Calgary). Les trois villes en question ont été choisies en raison des initiatives déjà en place en matière de soins de santé primaires et en vue de mettre en lumière l'applicabilité du projet dans différents modèles de soins de santé dotés de structures différentes et utilisant diverses ressources. Nous avons fait appel à 30 médecins travaillant en collaboration avec 16 gestionnaires de cas. Plus de 940 patients/bénéficiaires ont pu participer à cette expérience.

### Quelles étaient les différences les plus importantes entre les deux provinces?

#### Structures de soins de santé différentes

Le système de santé en Alberta est divisé en régions, tandis que celui de l'Ontario est centralisé bien que durant le projet, l'Ontario ait pris un nouveau virage avec la création de Réseaux locaux d'intégration des soins de santé, qui assumeront la responsabilité de la gestion des soins de santé déléguée par la province.

#### Structures de soins à domicile différentes

Dans le contexte des soins à domicile, les gestionnaires de cas en Ontario et les coordonnatrices de soins communautaires (CSC) en Alberta jouent un rôle légèrement différent – plus particulièrement, les CSC en Alberta interviennent directement auprès des patients/bénéficiaires, ce qui n'est pas le cas en Ontario. Fait intéressant, comme le lecteur le constatera plus loin, ces rôles ont évolué et changé au cours du projet.

## Différents points de départ

Les régions ont commencé le projet à différents stades. Deux initiatives étaient déjà en cours à la Régie régionale de la santé de Calgary (RRSC) – l'utilisation de partenariats entre les services de soins à domicile et les médecins de famille, et la priorisation de la gestion des pathologies chroniques (le projet a énormément profité des conclusions clés et des leçons tirées de cette expérience). Pour l'Ontario, la définition d'un cadre de collaboration officielle entre les gestionnaires de cas et les médecins de famille est un paradigme relativement nouveau par rapport aux relations traditionnelles que ces deux groupes ont toujours entretenues. Par ailleurs, l'Ontario utilisait déjà un certain nombre de composantes de la TI ou était en train d'en mettre d'autres au point avant le lancement du projet.

Il y a lieu de souligner plus particulièrement que, parce qu'ils avaient déjà fait l'expérience d'un modèle de partenariat, les patients/bénéficiaires à Calgary ne percevaient pas nécessairement de changements radicaux dans les soins qu'ils recevraient dans le cadre du projet. Ils ont donc été exclus d'une des étapes du projet – le sondage mené auprès des patients/bénéficiaires. Il faut toutefois préciser qu'ils avaient participé à un sondage antérieur mené relativement au projet-pilote mené à Calgary et dont les résultats ont servi de point de référence pour les résultats du Projet de partenariat national en Ontario.

Il faut également examiner dans ce même contexte les conclusions de l'exécution du projet à Calgary (c'est-à-dire que ces patients/bénéficiaires participaient à un modèle de partenariat consacré à l'étude des pathologies chroniques depuis beaucoup plus longtemps que leurs homologues en Ontario) et le fait que le projet ait profité de cette antériorité en raison de l'inclusion de patients/bénéficiaires à différents stades de soins, et de fournisseurs à différents stades d'élaboration du modèle de partenariat.

## Pourquoi était-il si important de choisir des régions aussi différentes?

Une des forces du projet résidait dans sa capacité à permettre aux caractéristiques et priorités particulières de chaque région d'émerger dans le contexte de l'initiative nationale et, ainsi, de contribuer à enrichir le projet et (éventuellement) à la transférabilité des résultats à d'autres administrations d'un bout à l'autre du Canada.

Il était également significatif que les différentes régions aient pu apprendre les unes des autres. Il y a eu échange important des connaissances, y compris des visites (à leur frais) qui ont eu une incidence positive sur le projet dont le site intranet a servi de « point de rencontre virtuel » pour les participants et de ressource pour les régions et les participants.

## Quelles étaient les principales initiatives?

En Ontario, le projet avait pour objectif de remplacer :

- la prestation de services de soins à domicile sur une base géographique par un modèle qui lie les services de gestion de cas aux pratiques des médecins de famille
- un système centralisé d'admission aux services de soins à domicile par un système qui tient davantage compte du partenariat créé par le médecin de famille, le patient et les autres membres de l'équipe médicale pour planifier les services
- les interventions réactives ou épisodiques par un modèle de gestion des maladies plus proactif
- des dossiers sur support papier par une technologie permettant une meilleure gestion des pathologies chroniques.

À Calgary, l'accent a surtout été mis sur la façon dont la TI pouvait améliorer les relations et les initiatives déjà en cours. Les interventions visaient à :

- améliorer et uniformiser le processus décisionnel pour la répartition des ressources
- permettre aux patients d'atteindre plus fréquemment certains objectifs
- être plus prévisibles et normalisées
- assurer une planification plus proactive et à réduire les interventions d'urgence.

## Participants

Le projet a fait intervenir un grand nombre de personnes. De toute évidence, les personnes les plus directement en cause au jour le jour étaient les médecins et les gestionnaires de cas de soins à domicile/CSC (les « fournisseurs partenaires »<sup>6</sup>) qui essayaient de nouveaux styles de collaboration, de nouveaux outils de gestion des maladies chroniques et de nouveaux systèmes de TI, ainsi que leurs patients/bénéficiaires qui ont accepté de participer. Les dirigeants sur place ont joué un rôle clé en surveillant l'application du projet dans leur région respective.

En parrainant le projet, l'Association canadienne de soins et services à domicile en assumait la responsabilité générale; deux groupes consultatifs

(un conseil consultatif et un comité directeur) l'ont appuyé et guidé à cet égard.

L'évaluation est une composante cruciale pour tous les projets financés par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires; en l'occurrence, les évaluateurs étaient les Services de consultations commerciales d'IBM. Le cadre d'évaluation a été défini au stade d'élaboration du projet et modifié par la suite en fonction des réalités vécues lors de la mise en œuvre du projet dans les régions. Nous avons déterminé quels patients/bénéficiaires et fournisseurs participeraient ainsi que les objectifs d'évaluation publique et les indicateurs (un groupe de mesures pour démontrer les réalisations (ou les échecs) au fil du temps par rapport à chaque objectif). L'Appendice C contient la liste complète des objectifs et des indicateurs.

Workflow Integrity Network (WIN) a réalisé une enquête par sondage dans le cadre de l'évaluation du projet en utilisant une méthode appelée Function Analysis™ (analyse fonctionnelle) pour « suivre et quantifier » le travail des gestionnaires de cas, particulièrement en ce qui a trait aux résultats de la gestion des pathologies.

L'équipe comprenait des spécialistes de la communication et de la TI ainsi que des médecins et des consultants. La coordination générale du projet était confiée à un gestionnaire et son équipe de soutien, qui étaient appuyés par une équipe de mise en œuvre constituée de représentants des divers groupes susmentionnés.

**« Ce projet nous aide à réorienter les services de santé et à diriger les soutiens là où ils sont requis, ce qui habilite les bénéficiaires et les patients ainsi que les soignants en leur fournissant les outils nécessaires pour mieux gérer les pathologies chroniques. »**

**Dr Richard Musto**, directeur médical général,  
Portefeuille communautaire du Sud-Est,  
Régie régionale de la santé de Calgary

# Phases du projet

## Phase 1 : Travail d'élaboration/de base(de novembre 2003 à juin 2004)

Période de préparation du terrain de mise en œuvre des stratégies clés et de collecte des renseignements de base (y compris une semaine d'analyse fonctionnelle) en vue de constituer un point de référence pour effectuer une évaluation et mesurer tout changement qui surviendrait durant le projet. Le rapport provisoire, *Le partenariat à mi-parcours*, passe en revue quelques-uns des défis, des succès et des avantages percutants dont nous parlerons plus loin.

## Phase 2 : Phase de mise en œuvre (de juillet 2004 à décembre 2005)

Période d'exécution des priorités et de détermination des deux stratégies clés. Au cours de cette phase, les évaluateurs ont cherché à quantifier certains changements survenus depuis le lancement; ils ont effectué une analyse fonctionnelle en janvier-février 2005 (Temps 1) et une autre en septembre-octobre (Temps 2). Il y a lieu de souligner que les résultats de l'analyse ont amené le gestionnaire de cas en Ontario et les CSC en Alberta à modifier certaines pratiques, une expérience réussie que nous raconterons en plus amples détails dans la description des avantages percutants.

## Phase 3 : Phase de diffusion (de janvier à mars 2006)

Les projets financés par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ont pour but de faire profiter la population et les intervenants de leurs retombées à l'échelle nationale. Leurs promoteurs sont tenus de donner une large diffusion à leurs activités et aux résultats.

Au moment de la rédaction du présent document, le rapport d'évaluation final est prêt, les partenaires réfléchissent à leur expérience et à la façon de l'intégrer dans leurs activités, à leurs relations professionnelles, et ils se penchent également sur la suite à donner à l'élément TI du projet sans oublier la tâche importante de diffuser les résultats de diverses façons. Outre le présent rapport, ils organisent des conférences et des rencontres et publient des articles dans des revues et sur le site Web.



« J'ai constaté chez mes patients une meilleure tension artérielle, une réduction de la glycémie à jeun et une diminution de leur cholestérol. C'est formidable pour eux et pour moi... J'ai vraiment l'impression de faire une différence dans leur vie. »

**D<sup>r</sup> Corinne Breen**, Réseau Santé familiale - Dorval,  
médecin partenaire en Ontario

# Avantage percutant

Améliore la qualité des soins  
dispensés aux  
patients/bénéficiaires

## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques contribuent à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients/bénéficiaires vivant avec une pathologie chronique.**

# Hypothèse

## La concertation entre les patients/bénéficiaires et les équipes de soins débouche sur de meilleurs résultats

Certes, les médecins et les gestionnaires de cas/CSC peuvent fournir eux-mêmes des soins de première qualité, mais le modèle de gestion des pathologies chroniques utilisé en aval par une équipe de fournisseurs est considéré comme la pratique exemplaire<sup>7</sup>. La qualité des soins, dans ce contexte, s'entend de la collaboration entre les patients/bénéficiaires et l'équipe de santé, ce qui signifie l'accès direct aux bons services au moment opportun (en privilégiant les soins proactifs plutôt qu'épisodiques), une plus grande personnalisation des soins et plus de possibilités pour les patients/bénéficiaires de se renseigner sur une éventuelle prise en charge (y compris le respect des protocoles) et, à terme, d'améliorer leur état de santé.

### Lignes directrices s'appuyant sur l'expérience

Les modèles électroniques<sup>8</sup> qui intègrent des lignes directrices avérées sont une autre façon d'améliorer l'uniformité, la qualité et les résultats dans un cadre de gestion des pathologies chroniques. Les dossiers électroniques permettent également de consulter plus facilement l'information sur la santé des patients/bénéficiaires afin de mieux traiter les troubles connexes. Le fournisseur peut ainsi consacrer plus de temps aux soins plutôt qu'à l'administration.

Nous avons décidé de cibler le diabète parce que le traitement de cette maladie respecte des lignes directrices généralement acceptées (selon les données recueillies au Canada et ailleurs dans le monde) que l'on peut relier aux résultats cliniques<sup>9</sup>. Par exemple, il a été démontré qu'une réduction convenable du taux d'A1c<sup>10</sup> réduit les complications secondaires chez les diabétiques et, partant, les coûts du traitement<sup>11</sup>. Vu la durée relativement courte du projet, il était important de s'appuyer sur des lignes directrices et des outils ayant fait leur preuve. Les travaux de recherche ont en outre démontré l'importance du rôle de la gestion de cas pour traiter le diabète – particulièrement, que « la gestion de cas est efficace pour améliorer le

contrôle glycémique et le suivi de ce contrôle par le fournisseur<sup>12</sup> ».

Le projet est parti de l'hypothèse que le jumelage des gestionnaires de cas de soins à domicile avec des médecins de soins primaires permettrait d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients/bénéficiaires diabétiques. Les interventions des gestionnaires de cas ciblées par l'analyse fonctionnelle comprenaient :

- la surveillance de la glycémie
- l'éducation nutritionnelle
- la surveillance de l'état de santé des patients/bénéficiaires
- la prévention de la rétinopathie
- la prévention de la néphropathie
- la gestion de l'hypertension artérielle
- la prévention de la dyslipidémie
- la prévention des maladies cardiovasculaires<sup>13</sup>.

# Notre expérience

## → Par

Une relation non harmonisée, non définie entre les médecins de famille et les soins à domicile

Un partenariat établi sur la confiance et la bonne communication (notamment l'utilisation d'une TI de pointe)

Une approche réactive ou épisodique aux soins des patients/bénéficiaires

Une gestion de cas proactive qui fait appel aux compétences et à la participation des partenaires fournisseurs ainsi qu'aux services communautaires, et qui met l'accent sur la promotion de la santé et la prise en charge par le patient/bénéficiaire

La prestation de services de soins à domicile axés sur le processus

Des soins axés sur les résultats où les gestionnaires de soins à domicile et les médecins de famille s'entendent sur les résultats cliniques visés

## Nous avons constaté...

- Que le jumelage des gestionnaires de cas de soins à domicile avec les médecins de famille favorise la communication de l'information sur les ressources communautaires disponibles et l'utilisation de ces ressources, et que le médecin a plus de temps à consacrer aux aspects cliniques complexes de l'état de santé des patients.
- Que la formule du partenariat facilite la transition opportune et sans solution de continuité à l'échelle du système de santé et favorise la prestation de soins préventifs plutôt qu'épisodiques.
- L'utilisation, par les fournisseurs, d'outils et de lignes directrices normalisés leur permet de cibler des résultats cliniques convenus et de s'entendre sur les moyens à prendre pour les obtenir.
- Que l'application du modèle de gestion des maladies chroniques aux diabétiques (en privilégiant la promotion de la santé, la prévention des maladies, la gestion de cas et le travail d'équipe) semble être très prometteuse. À Calgary, où le modèle de gestion des pathologies chroniques est plus poli en raison de l'accent mis sur le soin du diabète dans la région, on a relevé une réduction appréciable des taux d'A1c durant le projet.

**Que les partenariats et la collaboration contribuent à l'amélioration de la qualité des soins.**

# Notre preuve

## Perspective du patient/bénéficiaire

### Amélioration de l'état de santé

Comparativement aux résultats obtenus par Statistique Canada pour l'ensemble de la population canadienne (où la majorité des diabétiques ont décrit leur état de santé comme passable seulement<sup>14</sup>), les patients/bénéficiaires en Alberta et en Ontario voyaient le leur de façon plus positive. Plus particulièrement, à la fin du projet, un pourcentage sensiblement plus élevé de patients/bénéficiaires a indiqué que leur état de santé était « à peu près le même » qu'un an auparavant, amélioration surtout attribuable à une réduction du nombre de ceux s'étant plaints d'une détérioration de leur état de santé par rapport à un an auparavant<sup>15</sup>.

### Réduction du taux d'A1c

Malgré l'impossibilité de déceler un lien direct de cause à effet, les deux premiers groupes de patients/bénéficiaires à Calgary ont affiché une réduction marquée des taux cumulatifs d'A1c durant le projet (voir « Autres faits : taux d'A1c », à la fin de la présente section). Il est significatif que nous ayons pu obtenir de tels résultats à Calgary malgré les défis de mise en œuvre de nouveaux systèmes de TI à l'époque.

### Réduction des complications

Les comorbidités liées au diabète ont diminué durant le projet. Tandis que plus de 75 % des patients/bénéficiaires à Calgary étaient affligés d'au moins une comorbidité au cours des trois premiers trimestres, ce chiffre était passé à juste au-dessus de 50 % au dernier trimestre. Parallèlement, en Ontario, le taux passait de 71 % à 64 %; il s'agit d'une réduction statistique significative, qui indique une amélioration clinique pour ces patients/bénéficiaires.

### Meilleur accès

Possibilité d'offrir plus de soins communautaires aux patients/bénéficiaires; ceux-ci disposaient également de plus d'information et de ressources reconnues pour leur impact sur les soins et les résultats cliniques, et qui privilégient tout particulièrement la gestion de cas.

**« En travaillant main dans la main avec nos gestionnaires de cas et le Centre d'accès aux soins communautaires, nous pouvons discuter des besoins de nos patients, obtenir une rétroaction en temps opportun, bref, dispenser de meilleurs soins. »**

**D<sup>r</sup> Don Collins-Williams**, Applehills Medical Group,  
médecin partenaire en Ontario

## Perspective du fournisseur

### Amélioration des connaissances

Les médecins et leurs partenaires, les gestionnaires de cas/CSC, ont indiqué avoir amélioré leurs connaissances et leurs compétences du fait de leur participation au projet (et, dans le cas de Calgary, de l'expérience antérieure du partenariat) – manifestement un résultat encourageant du point de vue de leur capacité de fournir des soins de première qualité.

### Perspective nouvelle

Les médecins ont indiqué que le partenariat, et l'amélioration des communications avec le gestionnaire de cas qui s'en est suivie, leur a permis de voir l'état de santé de leurs patients sous un autre jour, ce qui n'est pas toujours possible au cours d'une consultation. Les gestionnaires de cas ont eux aussi affirmé mieux comprendre le fonctionnement d'un bureau de médecin. Ces occasions d'apprentissage sont des facteurs importants pour la prestation de soins de qualité.

### Davantage d'interventions auprès des diabétiques

L'analyse fonctionnelle a démontré que le temps d'intervention des gestionnaires de cas/CSC auprès des diabétiques avait augmenté radicalement par rapport au début pour retomber quelque peu par la suite au Temps 2. À Calgary, ce fut à la suite de la décision de confier les interventions à d'autres membres de l'équipe. En Ontario, les premières interventions étaient consacrées à l'évaluation initiale (particulièrement l'utilisation intensive de l'appareil de dépistage du diabète) ou à l'établissement des programmes de surveillance avec les patients/bénéficiaires; elles étaient de

moins en moins fréquences au fur et à mesure que les patients/bénéficiaires apprenaient à se prendre en charge (voir le prochain avantage percutant sur l'habilitation des patients/bénéficiaires pour plus de détails à ce sujet).

## Perspective du système

### Amélioration des liens communautaires

Les partenaires se sont dits ravis de la façon dont leur partenariat et le ciblage des pathologies chroniques leur avaient permis d'améliorer la qualité des services dispensés aux patients/bénéficiaires grâce aux liens plus appropriés et opportuns créés avec les services communautaires et d'autres fournisseurs de soins de santé.

### Utilisation des outils et des lignes directrices pour soigner les pathologies chroniques

Les partenaires fournisseurs ont affirmé que l'utilisation d'outils et d'algorithmes normalisés avait eu, dans l'ensemble, un effet positif sur les soins et les avait amenés à changer leur façon de travailler, y compris l'adoption de pratiques exemplaires (telles que la promotion de la santé) pour garantir l'uniformité des traitements et la prestation de soins de qualité aux patients/bénéficiaires.

**« Nous devons vraiment être plus proactifs dans la façon dont nous gérons les soins primaires et secondaires afin de pouvoir utiliser les soins aigus pour les raisons pour lesquelles ils existent. »**

**Carol Slauenwhite**, spécialiste des soins primaires,  
Régie régionale de la santé de Calgary

# Leçons apprises

## Compréhension commune des résultats visés pour le patient/bénéficiaire

Il est très important que tous les membres de l'équipe (y compris le patient) comprennent quels résultats l'on vise et ce qui constitue un progrès vers l'atteinte de ces résultats. L'utilisation de cheminements cliniques et d'outils uniformisés peut aider toutes les parties à se concentrer sur le plus important et à faire en sorte que les responsabilités soient partagées.

## Les interventions du patient/bénéficiaire dans un modèle de soins des pathologies chroniques évoluent au fil du temps

Les fournisseurs devraient être prêts pour des interventions plus intensives avec les patients/bénéficiaires au début lorsque l'accent est mis sur l'évaluation et la promotion de la santé. Mais comme le modèle met l'accent sur l'autonomie, les interventions seront moins nombreuses au fur et à mesure que les patients/bénéficiaires craindront moins de se prendre en charge.

## L'A1c comme point de départ pour mettre l'accent sur l'éducation du patient/bénéficiaire

Selon les résultats du sondage mené auprès des patients/bénéficiaires, la vaste majorité d'entre eux ne connaissaient pas les résultats de leur dernier test d'A1c. Ces résultats pourraient servir de référence dans le cadre de l'organisation d'un éventuel programme de sensibilisation des patients/bénéficiaires<sup>16</sup>. Fait intéressant, ceux qui étaient informés de leurs résultats avaient tendance à obtenir un taux normal (médian 6,7), ce qui laisse croire que la connaissance est une meilleure garantie d'une gestion de cas réussie<sup>17</sup>.

**« L'introduction d'algorithmes et de cheminements cliniques pour soigner certaines pathologies chroniques est un élément clé du projet. Ils sont très importants si nous voulons un système de santé efficace et à l'écoute des besoins. Ils s'appuient tous sur des pratiques exemplaires et des preuves cliniques qui montrent que 'c'est la voie à suivre'. »**

**Bob Morton**, ancien directeur général,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Peel



# Autres faits...

## Taux d'A1c

**Les participants ont été sensibilisés au diabète pour qu'ils soient plus proactifs lors des interventions visant à réduire les taux d'A1c, meilleur test de contrôle du diabète. L'expérience du projet a permis de tirer plusieurs conclusions : les résultats positifs sont fonction de la durée des interventions; les diabétiques qui se font tester régulièrement obtiennent de meilleurs résultats; les systèmes de TI peuvent faciliter la surveillance des patients/bénéficiaires (au moyen de rappels électroniques); les patients/bénéficiaires sensibilisés aux taux d'A1c obtiennent de meilleurs résultats.**

Un taux normal d'A1c est inférieur à 0,070. Selon l'Association canadienne du diabète (ACD), des essais comparatifs randomisés démontrent clairement l'efficacité d'un contrôle rigoureux de la glycémie – particulièrement, le traitement intensif en vue de normaliser les taux d'A1c a permis de réduire les complications microvasculaires chez les diabétiques de Type 1 et de Type 2.

D'autres études indiquent également qu'une réduction soutenue des taux d'A1c permet au système de santé de réaliser des économies<sup>18</sup>.

Un des indicateurs du projet a évalué les variations des taux d'A1c.

### Ce que nous avons découvert

- À Calgary, on a relevé une diminution appréciable et statistiquement significative des taux d'A1c cumulatifs. La comparaison entre les derniers tests et les tests effectués auprès des deux premiers groupes indique que le pourcentage de patients/bénéficiaires dont l'A1c était normal était passé de 45 % à 52 % (en utilisant un taux de signification de 0,10).
- En Ontario, les résultats n'ont pas été aussi significatifs, l'échantillon étant trop petit. Qu'à cela ne tienne, les résultats sont encourageants, surtout à la lumière de l'expérience de Calgary.

Il est important de préciser que malgré la faible réduction des taux d'A1c, cette réduction est associée à une amélioration de l'état de santé et à une diminution des coûts des soins de santé. Les résultats des tests effectués à Calgary, et de l'expérience en général, nous amènent à formuler les observations suivantes :

- Plus nombreuses sont les interventions auprès des patients/bénéficiaires, plus encourageants sont les résultats. Ce fut le cas en particulier avec le premier groupe de patients/bénéficiaires à Calgary qui se faisaient traiter depuis quelque temps; il est important de rappeler que ce type d'intervention était nouveau en Ontario. Les participants à Calgary se sont dits également ravis des résultats encourageants obtenus même durant la transition vers la TI.
- Mesurer les taux d'A1c est une étape importante de leur contrôle, et l'ACD recommande de les mesurer sur une base trimestrielle. L'application du modèle de partenariat favorise et permet l'intégration des tests dans un programme de gestion des pathologies chroniques comme on a pu le démontrer à Calgary où le modèle est en place depuis déjà quelque temps et où les initiatives en vue de rassembler, d'analyser de publier les résultats d'A1c s'accompagnent d'une sensibilisation intensive des fournisseurs et des patients/bénéficiaires. On s'attend également à ce que l'équipe insiste sur l'importance qu'accorde l'ACD aux tests trimestriels. Dans le cadre du modèle de partenariat, les CSC participent à la surveillance des taux d'A1c et peuvent rappeler aux patients qu'il est temps de mener les tests ou les inviter à s'en occuper avant leur bilan annuel chez le médecin.

L'introduction récente d'outils de TI facilite le respect des lignes directrices de l'ACD en envoyant des rappels par voie électronique et en permettant à l'équipe de communiquer rapidement les résultats aux patients.

En Ontario, comme nous l'avons indiqué plus haut, les modèles de partenariats et de gestion des pathologies chroniques que nous avons essayés durant le projet étaient nouveaux et en état d'évolution.

Pour ce qui est des résultats obtenus en Ontario, comme l'un des médecins partenaires à Calgary, le Dr June Bergman, le fait observer, « Il faut attendre trois ans après l'introduction d'un nouveau modèle avant de constater des changements que l'on peut attribuer à ce modèle. » Les gestionnaires de cas dans les CASC sont des navigateurs du système et ils n'ont jamais été appelés à jouer un rôle de surveillance ou de renforcement auprès des patients/bénéficiaires pour ce qui est du ciblage de résultats précis; ils ont assumé de nouvelles responsabilités dans le cadre du projet et établi un autre genre de relation de travail avec les médecins. Vu l'ampleur des changements dans le temps relativement court de la durée du projet, il ne fallait surtout pas s'attendre à des améliorations statistiquement révélatrices des taux d'A1c.

De plus, la majorité des médecins et des gestionnaires de cas n'a pu profiter des rappels/alertes électroniques à cause du retard de mise en œuvre de la TI en Ontario. L'expérience de plus longue date à Calgary et celle plus récente en Ontario révèlent toutefois l'importance de la TI et de la sensibilisation des fournisseurs en tant que catalyseurs pour la tenue de tests épisodiques d'A1c. Nous croyons que l'expérience démontre qu'il y aurait lieu de pousser l'analyse afin de pouvoir répondre notamment aux questions suivantes. Si l'échantillon en Ontario avait été plus important et si le projet s'était prolongé, aurait-on

constaté la même tendance qu'à Calgary pour les tests d'A1c? Les résultats obtenus à Calgary étaient-ils transitoires ou est-il possible de démontrer un changement soutenu des résultats?

Il est assurément important de signaler que les participants considèrent les données émanant de Calgary comme un point de référence important pour l'Ontario qui, espère-t-on, débouchera sur un engagement encore plus ferme à l'égard des modèles de partenariats et de gestion des pathologies chroniques.

À la fin du projet, 80 % des patients/bénéficiaires en Ontario ne connaissaient pas leur taux d'A1c. Cette situation indique qu'une plus grande sensibilisation des patients/bénéficiaires serait nécessaire. Fait intéressant, parmi les bénéficiaires qui connaissaient leur taux, le tiers d'entre eux avait un taux moyen de 6,7 – ce qui laisse croire à l'existence d'une corrélation entre la connaissance du taux d'A1c et l'amélioration des résultats cliniques.

**La réduction des taux d'A1c chez les diabétiques est tributaire de l'approche des acteurs, soit le patient/bénéficiaire, le fournisseur de soins à domicile et le médecin.**

« Travailler en équipe nous permet aussi d'aider les patients à mieux comprendre leur maladie et à poser des questions au lieu de simplement écouter un scénario qui pourrait ne pas s'appliquer à leur cas ou convenir à leur situation. »

**D<sup>r</sup> Adrian Gretton**, Southwest Medical Clinic,  
médecin partenaire en Alberta

# Avantage percutant

Facilite l'habilitation du  
patient/bénéficiaire

## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques contribuent à habiliter les patients/bénéficiaires vivant avec une pathologie chronique.**

# Hypothèse

## Le soutien continu de l'équipe de santé favorise la participation du patient/bénéficiaire

Le diabète est une maladie très préoccupante. Les diabétiques, par rapport aux non-diabétiques, sont plus susceptibles d'être hospitalisés ou suffisamment indisposés pour être alités plus souvent au cours de la même période<sup>19</sup>. Le diabète est la septième cause de décès au Canada aujourd'hui.

Les résultats des travaux de recherche indiquent toutefois que l'état de santé des patients s'en trouve amélioré lorsqu'ils ont leur mot à dire dans le traitement de leur maladie. La prise en charge par les patients est un des principes de base de la gestion des pathologies chroniques

### L'approche du partenariat habilite les patients/bénéficiaires

Lorsque les gestionnaires de cas et les médecins travaillent en partenariat et utilisent des cheminements cliniques, les patients/bénéficiaires ont le sentiment d'être appuyés dans leur décision d'accorder priorité à la prise en charge de leur maladie et de pouvoir le faire.

L'intervention d'un gestionnaire de cas est une autre source de soutien. Elle permet aux patients/bénéficiaires d'être mieux renseignés au sujet de leurs besoins et des ressources communautaires. Le modèle du partenariat peut présenter un atout additionnel pour les diabétiques : l'expérience antérieure à Calgary a démontré que le recours au partenariat/gestionnaire de cas permettait aux patients de mieux contrôler leur diabète.

Enfin, l'utilisation d'algorithmes et de cheminements cliniques aide les patients/bénéficiaires à mieux comprendre l'évolution de leur pathologie, de son traitement et de sa surveillance

**« J'entrevois la possibilité que le projet devienne la norme à plus grande échelle, où les liens avec les médecins généralistes permettent aux patients/bénéficiaires de recevoir des soins sans heurt. »**

**Lynne McTaggart**, chef des services à la clientèle,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Halton

# Notre expérience

## En remplaçant

### → Par

Une approche épisodique, de soins aigus pour traiter la pathologie des patients qui risque d'en laisser passer à travers les mailles du filet

Un modèle de gestion des soins qui suit les patients de près et qui les amène à contribuer activement à l'amélioration de leur état de santé

L'utilisation de lignes directrices que ne connaissent pas les patients

L'intervention directe des patients dans leur prise en charge et l'explication des étapes en cause

L'absence d'outils, de séries de données ou d'algorithme normalisés

L'utilisation d'outils et de lignes directrices normalisés

Le manque d'information au sujet des ressources à la disposition des patients

La familiarisation avec le vaste éventail de ressources à leur disposition

L'absence de communication aux patients au sujet de leurs taux d'A1c

L'explication de l'importance de surveiller leur taux d'A1c

## Nous avons constaté...

- Que les partenaires fournisseurs adaptent la prestation de leurs services de façon à favoriser la prise en charge par les patients/bénéficiaires.
- Que les fournisseurs peuvent adopter les pratiques exemplaires en utilisant les outils appropriés et en appliquant les lignes directrices recommandées lorsqu'ils sont conscients des besoins particuliers d'un groupe de patients/bénéficiaires, et ainsi assurer les meilleurs soins qui soient.
- Que les patients/bénéficiaires estiment mieux comprendre leur maladie.
- Que les patients/bénéficiaires sont plus satisfaits de leurs soins et apprécient d'être informés au sujet des ressources communautaires à leur disposition.

**Les patients/bénéficiaires  
sont plus satisfaits de  
leurs soins.**

# Notre preuve

## Perspective du patient/bénéficiaire

### Confiance accrue

Les patients/bénéficiaires ont indiqué être plus à l'aise avec la gestion de leurs propres soins. Selon le sondage effectué à la fin du projet, neuf des dix répondants estimaient en savoir assez pour prendre des décisions éclairées à propos de leur santé. Parmi eux, 84 % étaient très ou passablement d'accord que l'information fournie pour les aider à se prendre en charge quand ils étaient malades était suffisante<sup>20</sup>.

Cela étant dit, il est important de souligner qu'environ un patient/bénéficiaire sur trois a indiqué être « passablement d'accord » avec les énoncés au sujet de son expérience et de ses connaissances du secteur des soins, ce qui laisse croire que ses besoins n'étaient pas entièrement satisfaits. Ce serait, semble-t-il, une bonne occasion pour les fournisseurs d'expliquer en plus amples détails comment se prendre en charge. Il y a lieu de souligner également que le médecin de famille et les dispensateurs de soins à domicile n'étaient pas l'unique source d'information des patients/bénéficiaires étant donné que beaucoup d'entre eux avaient accès à des centres d'éducation pour diabétiques et à d'autres ressources. Les participants ont indiqué avoir l'intention d'étendre leur collaboration à d'autres ressources afin de réduire au minimum les dédoublements dans la production et la diffusion d'information destinée aux patients/bénéficiaires.

### Meilleure prise en charge

Les patients/bénéficiaires ont démontré être en mesure de mieux prendre en charge leur diabète (contrôler leur glucose, maintenir leur poids, suivre leur régime alimentaire, faire de l'exercice, respecter les protocoles de traitement et confronter leurs sentiments face à leur maladie).

Le pourcentage de patients/bénéficiaires qui ont indiqué avoir une très bonne ou excellente compréhension de certains facteurs liés au traitement du diabète (rôle de l'exercice, traitements, soin des pieds, prévention des complications et utilisation de tests) a également augmenté durant le projet. Comme on pouvait s'y attendre, ceux qui avaient fréquenté un centre pour diabétiques ont obtenu des résultats légèrement supérieurs à ceux qui ont consulté d'autres sources, d'où l'importance du rôle des autres ressources communautaires.

Le pourcentage d'individus qui respectaient leur plan alimentaire et lisaient les étiquettes pour connaître la teneur en glucides a aussi augmenté sensiblement chez ceux pour lesquels nous disposons de données.

**« Ce qui fait la différence pour les diabétiques c'est d'entendre le même message de tous les fournisseurs. Ils ont déjà entendu le message et ils savent qu'ils peuvent prendre leurs propres décisions. »**

**D' June Kingston**, Groupe Santé familiale - Trillium, médecin partenaire en Ontario



### Relations avec les fournisseurs

Le dernier sondage mené auprès des patients/bénéficiaires en Ontario a révélé que 93 % d'entre eux ont indiqué se sentir à l'aise d'interroger leur médecin de famille au sujet du diabète alors que la majorité a répondu « sans objet » à la même question pour ce qui est de leur fournisseur de soins à domicile. De plus, 79 % d'entre eux étaient assez satisfaits de leur traitement dans l'ensemble et seulement 52 % pouvaient en dire autant au sujet des soins dispensés par leur fournisseur à domicile; très peu ont indiqué avoir reçu de l'information au sujet du diabète (même si un nombre considérable de patients/bénéficiaires estimaient que leur fournisseur de soins à domicile était ouvert à leurs questions et opinions).

Nous croyons qu'il n'est pas nécessaire d'examiner ces résultats dans le contexte de la situation en Ontario où les stratégies clés à l'essai (soit des modèles de partenariat et de gestion des pathologies chroniques) sont très nouvelles. Les résultats nous permettent de tirer des conclusions intéressantes au sujet de la perception et la compréhension qu'ont les patients/bénéficiaires de termes comme « traitement » et « éducation » dans ces modèles, où le rôle du gestionnaire et la participation du patient/bénéficiaire sont très différents par rapport à la relation « traditionnelle » avec un gestionnaire de cas de soins à domicile pour les bénéficiaires ayant besoin de soins aigus. Voir « Autres faits – le passage à un nouveau paradigme pour les patients : l'approche axée sur l'apprentissage de l'adulte » à la fin de cette section.

## Perspective du fournisseur

### Des patients mieux renseignés

Les patients/bénéficiaires sont plus renseignés au sujet de leur pathologie, selon les médecins, et ils participent davantage à la détermination des plans de soins. Les dirigeants locaux ont également affirmé que les médecins avaient l'impression que les autres patients (non-diabétiques) profitaient de la meilleure compréhension qu'avait le médecin de l'importance de la promotion de la santé et de la prise en charge par le patient/bénéficiaire.

### Différents moyens de communication

Différents moyens de communication ont été utilisés pour partager l'information avec les patients/bénéficiaires, notamment des contacts personnels, le téléphone, le télécopieur, les courriels, les formulaires et de la documentation. Les patients/bénéficiaires recevaient de l'information sur leur état de santé, sur les services auxquels ils étaient admissibles, sur la documentation pour diabétiques, sur la promotion de la santé et la prise en charge. Nous avons en fait changé de moyens de communication durant le projet. Voir « Autres faits – le passage à un nouveau paradigme pour les patients : l'approche axée sur l'apprentissage de l'adulte » à la fin de cette section.

## Perspective du système

### Meilleure utilisation du système

Selon les partenaires fournisseurs, lorsque nous habilitons les patients/bénéficiaires en leur expliquant comment se prendre en main, ils peuvent faire des choix plus éclairés au sujet de l'utilisation des ressources.

# Leçons apprises

## L'« habilitation du patient » peut signifier autre chose dans un contexte de prise en charge d'une pathologie chronique

La nature de la maladie chronique est très différente d'une maladie aiguë. Pour les patients/bénéficiaires diabétiques, c'est un état qui durera toute leur vie et qui les oblige normalement à apporter des changements fondamentaux à leur style de vie. Par conséquent, les équipes de soins de santé doivent réfléchir à la façon de mieux les habiliter pour qu'ils puissent composer avec leur maladie. Cela sous-entend une approche tout à fait différente de leur part ainsi qu'un rôle différent pour le patient/bénéficiaire par rapport à ce que seraient ces rôles dans un scénario de soins aigus ou épisodiques.

## L'importance d'être à l'écoute et souple

Reconnaître les besoins et les circonstances propres à un groupe de patients/bénéficiaires et être à l'écoute de leurs besoins – par exemple, en changeant de moyen de communication – sont des facteurs importants dans les démarches effectuées en vue d'encourager et d'habiliter les patients/bénéficiaires à participer activement à leurs soins.

## Les patients/bénéficiaires peuvent partager la responsabilité de la gestion de leur pathologie

Des patients/bénéficiaires bien informés peuvent et doivent assumer la responsabilité du respect des pratiques jugées exemplaires.

**« Nous savons que les patients finissent souvent par ne plus savoir où ils en sont face à la multiplication de renseignements contradictoires des fournisseurs. Ne sachant plus qui croire, ils décident de faire à leur tête. Des algorithmes clairs et des fournisseurs sur la même longueur d'onde font que les patients et leurs familles font confiance à l'information qu'ils reçoivent. »**

**Jeanne Besner**, directrice des Initiatives de recherche en soins infirmiers et santé,  
Régie régionale de la santé de Calgary,  
membre du Conseil consultatif du projet

# Autres faits...

## Le passage à un nouveau paradigme pour les patients : l'approche axée sur l'apprentissage de l'adulte

**Les patients/bénéficiaires vivant avec une maladie chronique ont des besoins uniques qui exigent une approche distincte de la part des fournisseurs de soins à domicile.**

**Comparativement aux bénéficiaires traditionnels de soins à domicile, les patients/bénéficiaires du projet étaient plus jeunes, en meilleure santé et intéressés à apprendre comment se prendre en main. Les partenaires ont donc utilisé de nouvelles méthodes de suivi (le courrier électronique et la messagerie) pour que ces patients/bénéficiaires puissent déterminer eux-mêmes les interventions entourant leur traitement. De plus, l'équipe des soins à domicile a constaté qu'elle devait revoir les attentes qu'elle établit par rapport à cette clientèle particulière.**

### Regards sur la mise en œuvre d'un nouveau modèle de prestation de services

Les résultats du sondage mené auprès des patients/bénéficiaires en Ontario, qui nous a permis de déterminer leur taux de satisfaction à l'égard de leurs fournisseurs de soins à domicile (et d'apprendre qu'ils avaient l'impression que les soins à domicile leurs avaient offert relativement peu d'occasions de se renseigner sur leur maladie ou les traitements), nous donne, à notre avis, une excellente idée des enjeux lorsque les patients/bénéficiaires sont invités à participer à un nouveau modèle de traitement et de prestation des services.

En premier lieu, il faut préciser que le taux de satisfaction ne reflète aucunement l'opinion générale des bénéficiaires de soins à domicile en Ontario (qui se disent enchantés des soins dispensés par leurs fournisseurs à domicile).

Il faut analyser les résultats dans le contexte suivant (lequel, nous nous efforçons de signaler, vaut pour les deux régions) :

- Les patients/bénéficiaires vivant avec des pathologies chroniques ont tendance à être en meilleure santé et plus jeunes que les patients/bénéficiaires traditionnels de soins de santé. Ils ont aussi tendance à s'intéresser davantage aux résultats. Ils ont adopté un style de vie susceptible d'améliorer leur état de santé ou sont intéressés à changer leur style de vie. Les besoins de communication de ce groupe sont donc différents du point de vue des soins à domicile. Les interventions de soins à domicile plus intensives ne fonctionnent tout simplement pas chez ce groupe

*« Beaucoup de maladies chroniques, en raison de leur prolongement sur un horizon de plusieurs années et de leur évolution en dents de scie, exigent une interaction épisodique entre les soignants et les malades. Le rapport de l'IOM [Institute of Medicine] décrit ce processus comme une « relation de guérison continue » et fait valoir la nécessité d'utiliser des méthodes d'interaction autres que les consultations individuelles. »<sup>21</sup>*

Comme l'indique la citation ci-dessus, la gestion des maladies chroniques est une affaire continue où d'autres modes d'interaction que les consultations individuelles sont importants.

- Les résultats du sondage indiquent, selon nous, que les patients/bénéficiaires n'ont peut-être pas très bien compris de quelle façon leur gestionnaire peut leur venir en aide et le genre « d'éducation » qu'il peut leur donner. À titre d'exemple, les gestionnaires ont dû consacrer énormément de temps à la sensibilisation lors de l'administration du test de dépistage du diabète, bien que les patients/bénéficiaires ne s'en soient peut-être pas rendu compte – croyant sans doute que l'éducation s'inscrit plutôt dans une approche plus structurée telle que des ateliers au centre d'éducation pour diabétiques ou dans le cadre d'une consultation médicale. Ils n'ont peut-être pas compris non plus qu'un « traitement » selon

un modèle de prévention des maladies/de promotion de la santé peut sous-entendre un suivi continu et une coordination avec d'autres services communautaires.

- Cela signifie que les gestionnaires de cas – qui, il faut le reconnaître, faisaient eux-mêmes l'expérience (durant le projet) d'un très nouveau modèle de soins à domicile – doivent revoir leur façon de déterminer leurs attentes.

### Intervention axée sur l'apprentissage de l'adulte

En second lieu, les résultats semblent souligner l'importance d'un apprentissage axé sur les adultes dans le cas des patients/bénéficiaires vivant avec une maladie chronique. Les deux régions l'ont reconnu. Elles ont en fait adopté de nouvelles méthodes pour communiquer avec ce groupe particulier.

À Calgary (où, il est important de le rappeler, les patients/bénéficiaires participaient à un programme de gestion du diabète depuis plus longtemps) les CSC ont commencé à utiliser le courriel et la messagerie texte pour communiquer avec ces bénéficiaires qui, dans bien des cas, sont sur le marché du travail.

Ainsi, les CSC les rencontrent et leur téléphonent moins souvent, et disent qu'il est plus facile de communiquer avec eux et d'obtenir une réponse, et que le groupe l'apprécie énormément.

Il s'agit d'une intervention axée sur l'apprentissage qui favorise l'autonomie des patients/bénéficiaires puisqu'ils peuvent téléphoner au besoin contrairement à la situation où ce sont les CSC qui « dirigent » seules la relation.

Un corollaire intéressant est que nous nous aurions attendus à ce que les communications entre le gestionnaire de cas/la CSC et un nouveau patient/bénéficiaire soient plus fréquentes dans le cadre d'un programme de gestion des pathologies chroniques (au moment de la distribution de la documentation sur le diabète et les ressources), mais dès que les patients/bénéficiaires savent ce qu'ils ont à faire, on s'attend à ce qu'ils puissent se prendre partiellement en charge et qu'ils n'aient pas besoin de l'intervention constante de leur gestionnaire de cas/CSC.

Ce fut assurément le cas à Calgary où les patients/bénéficiaires ont de plus en plus pris l'initiative des communications à propos de leurs soins au lieu de s'en remettre aux CSC.

**L'objectif, finalement, est de réellement habiliter les patients/bénéficiaires pour qu'ils deviennent des collaborateurs responsables et des membres importants de l'équipe de soins.**

« Un plus un font  
trois lorsque l'on  
travaille en  
collégialité parce  
que la synergie est  
tellement grande. »

**Jan Kasperski**, directrice générale,  
Collège des médecins de famille de l'Ontario,  
membre du Conseil consultatif du projet

# Avantage percutant

Optimise les ressources  
humaines en santé

## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques, conjugués à des améliorations de la TI, sont des stratégies qui influent sensiblement et favorablement sur la situation des ressources humaines.**

# Hypothèse

## Le renforcement des partenariats se répercute favorablement sur les ressources humaines en santé

La Stratégie en matière de ressources en santé de Santé Canada comporte un volet « Recrutement et maintien en poste » – c'est-à-dire inciter davantage de personnes à choisir le secteur de la santé et à améliorer leurs conditions de travail pour qu'elles y restent actives. La Stratégie met également l'accent sur la « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » – c'est-à-dire qui change la façon de former les fournisseurs de soins de santé en les préparant à travailler en équipe. Ce changement d'orientation peut accélérer et améliorer l'accès aux soins de santé en mettant les Canadiens en contact avec le membre de l'équipe qui saura mieux répondre à ses besoins, ce qui augmentera en définitive la satisfaction des patients/bénéficiaires et des fournisseurs de soins de santé<sup>22</sup>.

### Défis des ressources humaines en santé

Beaucoup de Canadiens connaissent trop bien le défi que pose la pénurie de médecins de famille. Ces médecins constituent la pierre angulaire du système de santé et ils sont très appréciés par leurs patients pour l'excellence de leur travail et leur dévouement inlassable. Mais il n'y en a tout simplement pas assez. De moins en moins de médecins résidents optent pour la médecine générale, et les jeunes médecins de famille abandonnent les privilèges qu'offre le travail en milieu hospitalier et soignent moins de patients. Comme l'a affirmé une personnalité du milieu médical, « Nous avons besoin davantage de médecins de famille, mais également des changements en profondeur. Nous devons mobiliser à nouveau les médecins de famille en mettant davantage leurs compétences à profit au sein d'équipes de fournisseurs et dans de nouveaux contextes [...] »<sup>23</sup>.

### Le travail d'équipe

La fragmentation des services pose un défi particulier pour les patients/bénéficiaires vivant avec le diabète et d'autres pathologies chroniques; travailler en silos n'est pas une façon efficace d'utiliser les rares ressources et effectifs du secteur de la santé et rend les communications difficiles. L'incertitude au sujet du partage des responsabilités peut être déconcertante. En revanche, la collaboration et la spécialisation des membres de l'équipe de soins permettent d'utiliser pleinement les compétences de chacun. De plus, de nombreuses études établissent un lien entre travail d'équipe et collaboration, puis satisfaction, productivité, qualité du travail et bien-être des membres de l'équipe<sup>24</sup>.

L'hypothèse de départ du projet était que le renforcement des partenariats et du soutien de la TI se répercute favorablement sur les ressources humaines en santé (les fournisseurs en retirent plus de satisfaction et sont plus susceptibles de demeurer en poste) et, en milieu clinique, il permet de faire appel à la bonne personne pour effectuer la bonne intervention au bon moment.

La formule du travail d'équipe permet aux professionnels de la santé de négocier les chevauchements de telle sorte que tous les membres éprouvent un sentiment de satisfaction. Les équipes multidisciplinaires travaillent plus efficacement lorsque l'information circule librement et que les membres font confiance aux voies de communication (personnelles et électroniques).



# Notre expérience

## En remplaçant

### → Par

La prestation fragmentaire de soins

Une approche intégrant le travail d'équipe pour la prise de décisions et la prestation des soins

La communication impersonnelle entre les professionnels de la santé

Des partenariats basés sur la confiance où l'interaction s'appuie sur la compréhension et la parfaite connaissance des besoins

Une utilisation moins qu'optimale des points forts et des capacités des fournisseurs de soins de santé

Une meilleure utilisation et reconnaissance des contributions de tous les membres de l'équipe, la mise à profit des compétences uniques de chaque membre

L'utilisation limitée des outils et dossiers électroniques

Des systèmes de TI perfectionnés (plus précisément, l'utilisation de cheminements de soins normalisés) qui permettent aux partenaires de communiquer plus efficacement et d'optimiser leurs contributions individuelles auprès des patients/bénéficiaires

## Nous avons constaté...

- Que le jumelage des gestionnaires de cas et des médecins de famille permet d'optimiser leurs connaissances et compétences de sorte qu'ils retirent une plus grande satisfaction et ont l'impression de pouvoir offrir de meilleurs services à leurs patients/bénéficiaires.
- Que les partenaires apprennent quand et comment communiquer entre eux et quand c'est urgent, ce qui minimise les interruptions inutiles et contribue à une plus grande satisfaction. Au bout du compte : grâce à l'amélioration des communications (y compris une TI plus perfectionnée et la normalisation des cheminements cliniques) les membres de l'équipe peuvent obtenir l'information dont ils ont besoin pour être les meilleurs fournisseurs de soins qu'ils peuvent être.
- Qu'en travaillant en collégialité, les fournisseurs individuels peuvent mieux comprendre leurs propres rôles, responsabilités et capacités. De plus, plus les membres de l'équipe se comprennent les uns les autres, plus les possibilités de cohésion sont grandes.
- Qu'il est possible d'éliminer de nombreux paliers administratifs/bureaucratiques grâce à l'utilisation de la TI et à la volonté des partenaires de travailler ensemble en entretenant des liens basés sur la confiance. Les partenaires tiennent pour acquis que le travail est accompli en toute bonne foi et que la mauvaise foi n'entre même pas en ligne de compte.
- Que dans un milieu collégial on retrouve beaucoup d'enthousiasme pour la formation professionnelle et l'amélioration des connaissances; les partenaires fournisseurs accueillent favorablement les occasions d'apprendre.

**Les partenariats permettent de tirer profit des connaissances et des compétences.**

# Notre preuve

## Perspective du bénéficiaire

### Meilleure collaboration

Beaucoup plus de patients/bénéficiaires ont trouvé que leurs fournisseurs de soins à domicile étaient plus disposés à répondre à leurs questions et qu'ils travaillaient en équipe bien que les résultats du sondage aient indiqué qu'il y avait place pour des améliorations.

## Perspective du fournisseur

### Davantage de synergie

La plupart des partenaires ont affirmé que le travail d'équipe avait créé plus de synergie dans le système de santé, et avait permis d'améliorer les soins dispensés aux patients/bénéficiaires.

### Reconnaissance de ses propres compétences et celles d'autrui

Les partenaires ont déclaré que le projet leur avait permis de prendre davantage conscience de leurs connaissances et compétences et d'être plus en mesure de faire plus souvent appel au membre qui convenait le mieux à la situation.

### Optimisation du potentiel

En participant à un modèle plus concentré et simplifié où les patients/bénéficiaires devaient passer par moins d'interlocuteurs, et en établissant des relations de travail basées sur la confiance mutuelle, les partenaires ont pu optimiser leur propre potentiel en tant que fournisseurs de soins de santé. La majorité des médecins ont indiqué retirer plus de satisfaction de leur travail et qu'ils ne voulaient pas revenir à l'ancienne formule. Ils ont convenu que les gestionnaires de cas de soins à domicile tiennent un rôle crucial dans leur pratique. Comme l'a affirmé un médecin partenaire en Ontario : « Je l'ai senti dès la visite du premier patient aiguillé vers le CASC que c'était une bonne chose pour notre pratique. J'espère qu'il en va autant pour le CASC, parce que j'aimerais vraiment continuer de fonctionner de cette façon [...] ».

Le degré de satisfaction des gestionnaires de cas/CSC a aussi augmenté radicalement. Fait intéressant, ils ont dit qu'ils travaillaient de façon autonome en tant que partenaires et qu'ils devaient faire preuve de souplesse et « sortir des sentiers battus ».

**« Les membres de l'équipe ont tendance à être plus heureux et à retirer plus de satisfaction de leur emploi. C'est très important à un moment où nous essayons vraiment d'améliorer le taux de fidélisation des fournisseurs de santé en raison des pénuries. »**

**Jeanne Besner**, directrice de la recherche en soins infirmiers,  
Régie régionale de la santé de Calgary,  
membre du Conseil consultatif du projet

### Plus grande collaboration et confiance

Les résultats de l'analyse fonctionnelle et les sondages ont révélé que la nature de la collaboration entre les médecins et les gestionnaires de cas s'était diversifiée, était plus importante et qu'il régnait un plus grand degré de confiance au sein de ces groupes<sup>25</sup>. En fait, le rôle des gestionnaires de cas et des CSC a changé à la lumière des résultats du projet, point sur lequel nous reviendrons plus en détail à l'avantage percutant de la gestion de cas.

### Importance de l'éducation continue

Les possibilités de perfectionnement professionnel étaient considérées comme très importantes et précieuses. En Ontario, par exemple, les gestionnaires de cas ont affirmé avoir amélioré leurs connaissances de la gestion du diabète en participant à des ateliers et en collaborant avec les centres d'éducation pour diabétiques. En Alberta, les CSC ont dit que le projet leur avait offert des occasions d'apprentissage qu'ils n'auraient pas eues autrement, particulièrement dans le domaine de la TI.

## Perspective du système

### Amélioration des connaissances et des compétences

Les médecins et les gestionnaires de cas/CSC ont indiqué avoir noté une amélioration de leurs connaissances et leurs compétences dans de nombreux secteurs – par exemple, la compréhension du rôle des autres membres et de la nature de leur travail, l'acquisition d'une expérience de la TI et une plus en mesure d'utiliser les outils de traitement des pathologies chroniques.

### Contribution de la TI

L'utilisation accrue des outils et des algorithmes ainsi que l'amélioration de la TI auraient contribué de manière significative (malgré les difficultés) à l'amélioration des relations professionnelles, au partage de l'information entre les partenaires et (finalement) à la capacité des partenaires à dispenser de meilleurs soins (les obligeant parfois à changer leur façon de faire les choses).

**« Le partenariat nous permet de discuter des enjeux du point du vue des diabétiques, et d'échanger en vue d'améliorer le système. »**

**Lucia Cheung**, directrice des services à la clientèle,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

# Leçons apprises

## Ce que signifie le jumelage

Réorganiser la structure de la relation soins à domicile/médecin par le jumelage – pour optimiser le travail et la satisfaction des deux groupes – peut se réaliser assez facilement et sans engager des sommes énormes. Le jumelage ne signifie pas pour autant l'embauche de gestionnaires de cas dans une pratique familiale, ce qui ne ferait qu'alourdir la bureaucratie et réduire l'accessibilité au vaste réseau des services administré par le secteur des soins à domicile.

## Adapter le modèle au contexte

La nature particulière des partenariats entre fournisseurs fait qu'ils ne sont pas nécessairement la solution puisqu'il faut respecter les besoins, la mission, les valeurs et les priorités propres à chaque pratique médicale. Autrement dit, le modèle de partenariat doit être adapté aux différentes circonstances – en effet, ce fut le cas pour le projet lui-même puisqu'on a relevé des différences évidentes entre les deux régions et même au sein d'une même région (Halton et Peel).

Il était évident dès le début du projet que les médecins partenaires éventuels, vivement intéressés à trouver de nouvelles façons d'améliorer l'accès et la qualité des soins, devaient comprendre les avantages des deux stratégies clés à l'essai. Il est devenu évident qu'un document énonçant les rôles et responsabilités des médecins, ainsi que ce qu'ils retireraient des stratégies proposées, serait un outil pratique au début des partenariats. Ce document a donc été préparé dans le cadre du projet.

## Importance de l'apprentissage continu

Il est essentiel que les fournisseurs aient l'occasion de participer à des programmes d'apprentissage continu.

## Comment intégrer les autres fournisseurs de soins/services dans le partenariat

Comme nous en discuterons plus en détail dans la section suivante sur l'amélioration de la gestion communautaire des pathologies chroniques, la définition des rôles d'autres disciplines/services dans un partenariat pourrait prendre un certain temps – les gestionnaires de cas/CSC ont affirmé qu'ils interagissaient couramment avec ces autres ressources, tandis que les médecins ont indiqué qu'il était important de conserver la simplicité des partenariats (de ne pas multiplier les voix de communication).

## Le défi du financement

Un des défis de l'approche collégiale est que le modèle du paiement à l'acte utilisé par les médecins n'est pas adapté à l'approche pluridisciplinaire. C'est un fait que les organisations intéressées à former des partenariats doivent inclure la rémunération des médecins dans leur modèle, surtout que le médecin doit consacrer plus de temps au début du partenariat pour établir les nouveaux protocoles. Elles doivent également « financer » le temps consacré par les gestionnaires à l'élaboration du partenariat.

# Autres faits...

## Les cinq pierres angulaires d'un partenariat efficace - la constitution de l'équipe, le temps, la confiance, les outils et la communication

**Une approche intégrée fondée sur le travail d'équipe peut produire d'excellents résultats chez le patient/bénéficiaire, être efficace et source d'énormément de satisfaction pour le professionnel et être avantageux à l'échelle du système. Un modèle s'appuyant sur la concertation fonctionne à son meilleur lorsqu'il existe un climat de confiance entre les membres de l'équipe, ce qui exige un effort manifeste de la part des acteurs. Utiliser les outils et les algorithmes des pratiques exemplaires peut fournir les points de référence objectifs autour desquels il est possible de bâtir des cheminements de soins envers lesquels tous les membres de l'équipe font confiance. La possibilité de communiquer de manière réciproque et respectueuse est un autre élément crucial d'un bon partenariat**

Il est clairement ressorti du projet que le travail en équipe peut aider les professionnels de la santé à mieux apprécier leur contribution personnelle aux soins du patient/bénéficiaire et au système de santé dans l'ensemble à la condition de respecter certaines étapes incontournables.

### Prendre le temps de bâtir une collaboration productive

Premièrement, nous avons constaté que les gestionnaires de cas et les médecins avaient besoin d'aide pour perfectionner leurs techniques de travail en équipe. Plus particulièrement, les démarches en vue de former l'équipe doivent être explicitement entreprises dès le départ. Comme l'a fait remarquer un médecin partenaire en Alberta, le Dr Adrian Gretton : « Nous avons besoin de passer quelque temps ensemble pour bien démarrer et cela a en valu la peine puisque chaque membre de l'équipe semble être vraiment au courant de ce qui se passe [...] ».

Il faut aussi un certain temps pour créer un partenariat vraiment engagé dans le processus de collaboration. L'adoption de nouvelles méthodes ne se fait pas du jour au lendemain. À Calgary, par exemple, les CSC ont dû se mettre à la disposition

des médecins pour bâtir leur relation, ce qui a souvent nécessité des rencontres individuelles au départ. Avec le resserrement des liens et une plus grande confiance, toutefois, il est devenu moins impérieux pour les partenaires de se rencontrer, et les communications téléphoniques étaient plus fréquentes.

### En évoluant, les partenariats établissent un climat de confiance

En Ontario, au fil de l'évolution des partenariats, plus les médecins apprenaient à connaître et à faire confiance à leur gestionnaire partenaire, plus les gestionnaires de cas pouvaient communiquer avec l'infirmière du médecin de famille au lieu de s'adresser directement à ce dernier.

Dans l'ensemble, les partenaires ont découvert qu'il est sage de ne pas tout bouleverser d'un seul coup et important de reconnaître l'expérience vécue.

Pour que la confiance règne, les partenaires doivent comprendre le rôle de chacun et déterminer ensemble quels sont les meilleurs soins dont a besoin le patient/bénéficiaire pour obtenir les résultats visés.

Les outils et algorithmes propres aux pratiques exemplaires peuvent être précieux comme points de référence et lignes directrices autour desquels les partenaires peuvent normaliser les cheminements cliniques.

*« Lorsque vous pouvez définir vos tâches et la façon dont vous pouvez utiliser vos compétences, votre sens critique et votre professionnalisme, c'est sûr que vous avez l'impression d'exercer un plus grand contrôle et d'être davantage habilitée à prendre des décisions, ce qui se traduit par de meilleurs résultats pour les bénéficiaires et les médecins. »*

**Ann Boucher**, directrice des services à la clientèle, Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

### Communication ouverte et participation à la prise de décision

Il est crucial de parler ouvertement des rôles, responsabilités et mécanismes de communication, comme l'est un processus de prise de décision collégial où les deux côtés se sentent appréciés et où les différences individuelles sont respectées. Après tout, les partenaires sont des personnes avant tout – en tant qu'individus ils doivent apprendre à connaître le style et la substance de l'autre.

Comme la gestionnaire de cas Jeannette Adlington, en Ontario, l'a exprimé succinctement : « J'ai trouvé que cela se résumait à la communication entre les deux partenaires et qu'il fallait travailler en équipe [...]. Plus le partenariat grandissait plus nous étions à l'aise l'un avec l'autre et pouvions travailler plus étroitement ensemble. »

Et la récompense, du point de vue du professionnel, peut être énorme, comme le dit Jeanette : « J'ai beaucoup plus le sentiment de faire partie d'une équipe au lieu de n'être qu'une praticienne individuelle travaillant au sein de la collectivité [...] ».

Enfin, il faut souligner que le partenariat n'est pas une réalisation immuable. Il est intéressant de noter, par exemple, qu'à Calgary (où les partenariats multidisciplinaires existent depuis quelque temps) le point de vue des CSC à l'égard de la collaboration a varié durant le projet. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette attitude, y compris les changements au niveau de la direction du programme de soins à domicile et de la Régie régionale de la santé durant le projet.

**Les résultats nous rappellent encore une fois l'élément humain de tout partenariat et l'importance d'être prêt à s'adapter et à réévaluer la situation si nous voulons que le partenariat demeure sain et viable.**

« L'équipe du médecin de famille et du gestionnaire de cas épaulé les patients/bénéficiaires pendant qu'ils se familiarisent avec les ressources communautaires et qu'ils apprennent à se prendre en charge. »

**Nadine Henningsen**, directrice générale,  
Association canadienne de soins et services à domicile

# Avantage percutant

Améliore la gestion  
communautaire des  
maladies chroniques



## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques favorisent la gestion des maladies chroniques.**

# Hypothèse

## La gestion thérapeutique a en fait été décrite comme « la gestion de cas à son meilleur »<sup>26</sup>

Une maladie chronique est une pathologie comportant une limitation fonctionnelle ou une déficience cognitive qui dure (ou pressentie comme telle) au moins un an, qui limite les activités de la personne atteinte et qui nécessite un traitement continu<sup>27</sup>. Comme les gens vivent plus longtemps, cela signifie dans bien des cas apprendre à composer avec au moins une maladie chronique. Au XXI<sup>e</sup> siècle, les maladies chroniques (non transmissibles) sont les causes prépondérantes d'altération évitable de l'état de santé, d'utilisation du système de soins de santé et de décès prématurés<sup>28</sup>. La moitié de la population canadienne vit actuellement avec au moins une maladie chronique et consomme environ 70 % des ressources du système de santé; le Canada compte 4,6 % de diabétiques.

### Les maladies chroniques et notre système de santé

Malheureusement, ces maladies sont souvent méconnues, car les systèmes de santé sont conçus pour réagir de manière épisodique aux maladies aiguës et aux accidents. Selon les travaux de recherche, elles peuvent drainer financièrement le système de santé bien qu'il soit possible de contrôler les dépenses en déployant des efforts en vue de stabiliser et d'améliorer certains indicateurs cliniques<sup>29</sup>.

Le système de santé canadien doit se doter de stratégies qui transformeront sa façon de traiter les maladies chroniques. La gestion efficace des maladies chroniques (élément essentiel du renouvellement des soins de santé primaires) est une approche proactive mettant l'accent sur les ressources communautaires et la collaboration entre les membres de l'équipe de soins primaires et les patients/bénéficiaires, plus particulièrement sur les résultats, la promotion de la santé, l'autonomie du patient/bénéficiaire et l'utilisation des lignes directrices et des algorithmes des pratiques exemplaires

Le projet partait du principe que l'élargissement du rôle traditionnel des gestionnaires de cas à domicile en vue d'inclure la gestion des maladies chroniques – particulièrement au moyen de partenariats avec les médecins de famille – est une stratégie de soins de santé primaires efficace et une solution durable pour la gestion des maladies chroniques au Canada.

**« La TI nous a permis de nous doter de nouveaux mécanismes de suivi, qui nous permettent de considérer les patients en tant que groupes, ce qui rend possible la collecte d'information pouvant être utilisée pour les traitements et la prévention. »**

**Pat Reader**, directrice de l'information sur la gestion des maladies chroniques, Régie régionale de la santé de Calgary

# Notre expérience

## En remplaçant

### → Par

Des interventions réactives, épisodiques

Une gestion des pathologies proactive cherchant à obtenir des résultats cliniques précis

Des fournisseurs travaillant seuls

Des partenariats entre les gestionnaires de soins à domicile et les médecins de famille

Une plus grande intégration et coordination des services et d'autres ressources communautaires

La perception que les patients/bénéficiaires sont des récipiendaires de soins

Une participation active des patients/bénéficiaires

Un système essentiellement fondé sur le papier

Un système utilisant la TI pour permettre une gestion efficace des maladies chroniques fondée sur l'expérience (particulièrement, l'utilisation d'algorithmes et de lignes directrices cliniques) où l'on exerce un meilleur suivi des données cliniques du patient/bénéficiaire

## Nous avons constaté...

- Que les patients/bénéficiaires préfèrent une approche proactive fondée sur la collaboration.
- Que les partenaires fournisseurs (gestionnaires de cas et médecins) ont l'impression que faire partie d'un partenariat où règne la confiance leur permet d'utiliser sans hésitation les algorithmes des pratiques exemplaires pour soigner les patients/bénéficiaires.
- Que dans une relation de partenariat – où les membres partagent la même perspective professionnelle et prennent les décisions ensemble – les gestionnaires de cas à domicile et les médecins de famille sont plus enclins à voir leur action comme étant liée aux résultats.
- Que les partenaires fournisseurs, en travaillant ensemble, peuvent utiliser de manière plus efficace les ressources communautaires pour la gestion des maladies chroniques et réduire la fragmentation des soins.
- Que la TI habilite les partenaires fournisseurs à mieux gérer l'état de santé des patients/bénéficiaires vivant avec une maladie chronique.
- Que les médecins se disent heureux de pouvoir introduire des mesures proactives ciblant une population particulière au lieu de simplement assurer des soins épisodiques ou en réaction à un besoin.

**L'efficacité des stratégies de gestion des maladies se répercute favorablement sur le système.**

# Notre preuve

## Perspective du patient/bénéficiaire

### Satisfaction du patient/bénéficiaire

Lors du dernier sondage, près de 80 % des patients/bénéficiaires étaient satisfaits ou passablement satisfaits des traitements et des soins qu'ils recevaient – ce qui incluait la nature de la relation patient-fournisseur, la relation parmi les fournisseurs et la disponibilité de l'information, du soutien et du suivi<sup>30</sup>.

Fait intéressant, le sondage a également relevé une légère diminution de la satisfaction du patient/bénéficiaire au sujet de la façon dont les fournisseurs travaillaient en équipe pour assurer des services de soutien continus; de la façon dont ils coordonnaient les soins et communiquaient; de la façon dont les services liés au traitement du diabète étaient assurés. C'est peut-être parce que les partenaires interagissaient naturellement davantage au début de la relation entre eux et avec les patients/bénéficiaires, et aussi parce que l'interaction était toujours très présente, mais moins évidente avec la simplification des processus.

### Des patients/bénéficiaires plus renseignés

Neuf patients/bénéficiaires sur dix ont indiqué dans le dernier sondage être plus renseignés au sujet des sources de soutien et avaient l'impression d'être suffisamment renseignés pour auto-administrer leurs soins.

## Perspective du fournisseur

### Capacité de dispenser de meilleurs soins

Les partenaires fournisseurs ont indiqué avoir l'impression que leur collaboration leur avait permis de parfaire leurs connaissances et d'améliorer leurs compétences et leur attitude lorsqu'ils soignaient des patients/bénéficiaires diabétiques. Les gestionnaires de cas/CSC ont reçu de la formation sur le tas quant aux soins à dispenser aux diabétiques et au traitement de leur maladie, particulièrement les taux d'A1c, afin de pouvoir mettre l'accent sur les résultats cliniques des diabétiques. À l'instar de l'avantage percutant sur la qualité des soins, ces résultats étaient significatifs.

### Meilleure compréhension

Les partenaires fournisseurs ont eu l'impression qu'en établissant de bons liens entre eux et en comprenant leurs rôles respectifs, ils pouvaient assurer des soins intégrés à leurs patients/bénéficiaires et partager de l'information en toute confiance. Cela ne signifie pas pour autant que ce fut facile. Les gestionnaires de cas/CSC et les médecins, pour leur part, ont indiqué qu'au début du projet leurs attentes n'étaient pas clairement définies. Elles se sont toutefois précisées au fil du projet, ce qui leur a permis de créer des liens solides avec les autres membres de l'équipe. Les gestionnaires de cas et les CSC nourrissaient eux aussi certaines appréhensions au début, craignant que les médecins ne les traitent simplement comme une autre ressource. Mais, encore une fois, après que

**« Les services de santé communautaires ont toujours joué un rôle important, rôle qui devrait prendre de plus en plus d'importance avec le vieillissement de la population. Le projet a montré que les services communautaires et les partenariats fonctionnent. »**

**Nancy Milroy-Swainson**, directrice de la Division des soins de santé primaires et continus, Santé Canada

les équipes eurent le temps de se connaître, le rôle des gestionnaires de cas/CSC est devenu plus évident et l'équipe a réussi à fonctionner de manière plus efficiente.

### Participation accrue du secteur communautaire

Les gestionnaires de cas/CSC ont affirmé avoir relevé une plus grande participation de divers secteurs communautaires œuvrant dans le domaine de la gestion des maladies chroniques, même si la place de certaines de ces ressources dans le partenariat gestionnaire-médecin devrait être mieux définie (en ce sens qu'il fallait les structurer)<sup>31</sup>.

### Création d'outils

Ensemble, les partenaires fournisseurs se sont inspirés des outils de gestion des maladies chroniques (surtout en améliorant la TI) ou en ont créé des nouveaux directement en conséquence du projet. D'autres partenaires communautaires, tels que le programme de bien vivre avec une maladie chronique<sup>32</sup>, ont également participé à cette démarche.

Les fournisseurs ont affirmé que, dans l'ensemble, ces outils avaient favorablement influé sur les soins qu'ils dispensent et qu'ils les avaient amenés à changer leur façon de travailler<sup>33</sup>, notamment à adopter des pratiques exemplaires pour soigner les maladies chroniques (telles que la promotion de la santé), ce qui assure l'harmonisation des traitements<sup>34</sup>. L'expérience des partenaires du projet à cet égard est décrite plus en détail dans l'encadré « Autres faits : l'importance des outils et des protocoles pour les partenaires utilisant un modèle de gestion des maladies chroniques » à la fin de la présente section.

## Perspective du système

### Meilleur aiguillage

Les médecins et leurs partenaires du secteur des soins à domicile croient que leur collaboration a permis d'améliorer le processus d'aiguillage vers d'autres services communautaires. C'est particulièrement notable à Calgary où les partenariats existaient avant le lancement du projet et où nous ne nous aurions pas nécessairement attendus à voir d'autres améliorations.

Pour leur part, les intervenants externes voyaient d'un bon œil leur collaboration avec les partenaires du projet et avaient l'impression que la prestation de soins s'était améliorée (l'aiguillage était plus efficient). On croyait qu'en continuant d'améliorer la TI, les partenaires auraient plus d'occasions de donner suite aux communications et aux conseils fournis par d'autres intervenants (comme les centres d'éducation pour diabétiques).

### Utilisation appropriée des services

Les partenaires du projet croient également qu'une approche communautaire et collégiale pour soigner les diabétiques peut aider à minimiser l'utilisation d'autres services institutionnels<sup>35</sup>.

### Avantages pour le système

Les représentants des ministères provinciaux de la Santé (Alberta et Ontario) interrogés ont noté une amélioration de la collaboration entre les secteurs des soins à domicile et des soins de santé primaires à cause du projet. Ils ont reconnu que le modèle de partenariat avait permis davantage d'intégration dans l'ensemble du système de santé.

**« Le fait de pouvoir compter sur une autre personne pour aider les patients à opérer ces changements en améliorant leurs soins et leur état de santé fait toute la différence, à mon avis. »**

**D' June Kingston,** Groupe Santé familiale - Trillium, médecin partenaire en Ontario

# Leçons apprises

Bien que la courte durée du projet ne nous ait peut-être pas permis de démontrer de manière concluante les avantages (cliniques, économiques, etc.) du modèle de gestion des maladies chroniques (ni de la TI dans le contexte de ce modèle), les résultats ont été fort encourageants. Les partenaires ont réagi très positivement; ils croyaient également que la TI faciliterait la création éventuelle d'un système sans solution de continuité, la rationalisation des communications et de la gestion des données, et permettrait à un patient/bénéficiaire ou un groupe de patients/bénéficiaires de recevoir de meilleurs soins. Voici quelques-unes de ces leçons :

## Prévoir du temps et de la formation

L'adoption d'un nouveau modèle d'interaction professionnelle et de prestation de soins prend du temps et exige que tous les participants (fournisseurs et patients/bénéficiaires) soient bien informés et reçoivent la formation requise pour assumer de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités. L'investissement de temps pourrait être particulièrement important au départ, le stade d'acquisition de nouvelles habitudes et d'établissement de nouvelles relations, d'où la nécessité de faire preuve de souplesse dans la détermination des échéanciers. En mettant l'accent sur de « petites victoires » au début, les partenaires peuvent voir les possibilités qu'offre la nouvelle méthode et qu'il vaut la peine de maintenir le cap. Il faut aussi prévoir du temps pour qu'ils s'habituent aux nouveaux outils et aux nouvelles lignes directrices et vouloir (le cas échéant) peaufiner et améliorer ces outils afin de mieux servir les patients/bénéficiaires et les fournisseurs.

## Tenir les patients/bénéficiaires au courant des activités de l'équipe

Les partenaires devraient peut-être faire remarquer aux patients/bénéficiaires que le travail d'équipe se poursuit même si les outils et les protocoles pouvaient leur laisser croire le contraire.

## S'engager

Il ne suffit pas d'adopter des outils et des lignes directrices, il faut donner l'assurance qu'ils sont respectivement utilisés et appliqués.

## Sensibilisation et compréhension facteurs incontournables

Il faut clairement expliquer aux partenaires qui travaillent en fonction d'objectifs précis quelles sont leurs responsabilités et quels résultats on attend d'eux afin qu'ils puissent continuer de perfectionner leur approche dans un esprit de collégialité; la confiance et de bons systèmes électroniques peuvent jouer un rôle décisif à cet égard.

**« Le projet a ouvert des portes qui étaient auparavant fermées, ce qui a changé significativement le fonctionnement de l'ensemble du système. »**

**Jan Kasperski**, directrice générale,  
Collège des médecins de famille de l'Ontario,  
membre du Conseil consultatif du projet

# Autres faits...

## L'importance des outils/protocoles pour les partenaires utilisant un modèle de gestion des maladies chroniques

**Les outils et algorithmes des pratiques exemplaires sont incontournables pour la gestion des maladies chroniques. Ils permettent en effet aux fournisseurs de travailler ensemble en vue d'obtenir les meilleurs résultats cliniques possibles pour les patients/bénéficiaires vivant avec une pathologie chronique. Calgary a entrepris l'informatisation de bon nombre de ces ressources et introduit de nouveaux outils d'évaluation. Halton et Peel ont pu modifier leurs pratiques à la suite de la mise en œuvre de nouveaux outils d'évaluation et de gestion des pathologies. Le projet a démontré que l'élaboration d'outils est un processus évolutif, continu qui n'est pas sans comporter des défis pour les fournisseurs.**

### La valeur des lignes directrices et algorithmes relatifs aux pratiques exemplaires

Il est important que les équipes interdisciplinaires utilisent les protocoles et outils cliniques afin de dispenser des soins avérés, d'assurer la qualité de ces soins et d'éliminer les étapes inutiles<sup>36</sup>. L'application des algorithmes et des lignes directrices des pratiques exemplaires, comme on a pu le lire au début de la présente section, est un élément fondamental du modèle de gestion des maladies chroniques. La preuve a été faite que la combinaison d'un éventail de techniques d'éducation, de lignes directrices et d'outils permettait aux diabétiques d'obtenir les meilleurs résultats<sup>37</sup>.

### Tirer profit de l'expertise des régions

Au début du projet, on utilisait déjà à Calgary divers outils de gestion des maladies chroniques mis au point lors d'initiatives précédentes (par exemple, les algorithmes issus des lignes directrices cliniques pour aider les diabétiques à mieux profiter des services communautaires). D'autres outils ont été mis au point et plusieurs autres ont été perfectionnés au fil du projet, notamment les

cheminements cliniques communs. On a aussi remplacé le système fondé sur le papier par un système informatisé. L'équipe a travaillé en étroite collaboration en vue d'élaborer un ensemble de données de base sur l'amélioration des cheminements cliniques informatisés mis en commun. Cette démarche, nous a-t-on expliqué, permet d'étayer d'autres initiatives menées par la province et la Western Health Information Collaborative.

### Élaborer de nouveaux outils

En Ontario, les CASC du projet ne disposaient pas de tels outils pour soigner les diabétiques, mais ils avaient manifestement pris le virage de la gestion des maladies chroniques. Ils ont en fait mis au point une série d'outils durant le projet, notamment un formulaire de demande de services médicaux, un relevé des interventions du gestionnaire de cas et un journal des communications.

### Nouvelles normes de pratique

Il est significatif que l'on ait aussi commencé à modifier les protocoles (par exemple, la gestion des patients aiguillés par le médecin partenaire vers les soins à domicile) par suite de la participation au projet.

### Un processus évolutif

Il est important de souligner que l'élaboration des outils et des protocoles est un processus évolutif et qu'une fois mis au point, ces outils et protocoles ne sont pas immuables, mais doivent être réévalués régulièrement afin de tenir compte des procédés de prise de décisions, des habitudes de travail, etc. C'est du moins assurément le cas pour le projet.

### Besoins particuliers des régions

Il faut également que les outils soient adaptés aux besoins de la région où ils seront utilisés. Les participants sont heureux de partager quelques-uns de ces nouveaux outils (voir le site Web du projet à [www.cdnhomecare.ca](http://www.cdnhomecare.ca) mais nous encourageons les lecteurs à les adapter à leur contexte.

Il n'est pas toujours facile d'accepter et d'incorporer de nouveaux outils cliniques et de nouvelles lignes directrices. Dans le cas de Calgary, où les partenaires avaient fait l'expérience de tels outils, l'introduction de meilleures solutions en TI (qui ont influé directement sur l'utilisation des outils) a soulevé divers problèmes. Le dernier sondage a révélé, par exemple, une diminution du taux de satisfaction des CSC face à l'utilisation des outils de gestion des maladies chroniques, ce qui est probablement attribuable aux difficultés entourant l'implantation d'un nouveau système régional de TI, le Système d'information sur la gestion des maladies chroniques (SIGMC). À Calgary, les fournisseurs ont également indiqué être préoccupés par le fait que le SIGMC n'était pas compatible avec les systèmes utilisés par les médecins, ce qui créait une double documentation.

Pour plus d'information à ce sujet, voir « Autres faits : la TI au sein du projet » de l'Avantage percutant sur la communication et la prise de décision. Nous sommes convaincus que la région de Calgary a quand même réussi à atteindre ses objectifs durant la transition vers la TI

En Ontario, où l'on avait moins d'expérience de l'utilisation des outils de gestion des maladies chroniques, certains médecins partenaires (qui avaient utilisé ce genre d'outils avant le projet et qui les avaient trouvés efficaces) ont indiqué qu'ils ne les utilisaient pas toujours parce qu'ils trouvaient que cela leur prenait trop de temps.

Les gestionnaires de cas, au départ, ont eu la même réaction. Et cette impression s'est confirmée au fil du projet, ce qui laisse croire que les gestionnaires, tout en comprenant mieux les outils et en étant convaincus de leur efficacité, n'ont pas eu assez de temps pour les utiliser vu la durée relativement courte du projet, et cela vaut également pour la TI.

**L'approche collégiale adoptée dans le cadre du projet met l'accent sur l'adoption de pratiques exemplaires ayant été utilisées partout au Canada et à l'étranger.**



« Les partenariats permettent aux médecins et aux gestionnaires de cas de mieux comprendre leurs rôles respectifs et d'élaborer des processus de communication pour que les patients/bénéficiaires aient plus rapidement accès aux ressources. »

**Joan deBruyn**, directrice des soins à domicile,  
Régie régionale de la santé de Calgary

# Avantage percutant

Accroît l'efficacité des  
communications et de  
la prise de décision

## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques ainsi qu'une plus grande utilisation de la TI peuvent accroître l'efficacité des communications et de la prise de décision.**

# Hypothèse

## Les bonnes communications influent sur la qualité des soins

Tous les professionnels de la santé visent à dispenser les meilleurs soins qui soient. D'où l'importance de bien utiliser son temps, particulièrement dans un système qui interpelle de plus en plus (et de plus en plus souvent) tous les acteurs.

L'équipe de planification du projet a reconnu l'importance cruciale de la bonne communication pour la prestation de soins de qualité. Nous avons aussi relevé beaucoup de frustration chez les fournisseurs face aux chevauchements, à la paperasserie, à l'utilisation excessive des boîtes vocales et ses conséquences : la perte des messages ou des renseignements erronés. Ces défis contribuent aux mécontentes et aux hypothèses non fondées au sujet des services offerts aux patients/bénéficiaires.

Lors de l'élaboration du projet, nous estimions que les partenaires fournisseurs pourraient améliorer sensiblement leurs communications s'ils se dotaient de lignes directrices pour leurs communications, lesquelles viendraient s'ajouter aux lignes directrices et aux algorithmes touchant la pratique. La quantité de communications inutiles diminuerait tandis que la qualité des contacts pertinents augmenterait.

Non seulement de meilleures communications font que les fournisseurs sont plus heureux, mais elles sont cruciales dans un contexte de gestion de pathologies chroniques où l'optimisation de la prise en charge par le patient/bénéficiaire est essentielle. L'horizon de plus longue durée et l'évolution en dents de scie de nombreuses maladies chroniques exigent une interaction épisodique entre les soignants et les patients/bénéficiaires<sup>38</sup>. Et cela exige

une interaction régulière et efficace entre les fournisseurs eux-mêmes et entre les fournisseurs et les patients/bénéficiaires. L'efficacité de l'échange d'information est tributaire de la qualité du travail de l'équipe. Si les fournisseurs n'ont pas confiance les uns envers les autres, il est facile de ne pas faire confiance aux données qu'ils échangent et aux décisions qui sont prises. De plus, la confiance des patients et leur capacité de se prendre en charge sont compromises lorsque l'information échangée entre les membres de l'équipe fait défaut ou qu'elle est contradictoire.

Les résultats de travaux de recherche indiquent également que les équipes de soins de santé peuvent prendre de meilleures décisions et communiquer plus efficacement lorsqu'elles utilisent la même TI. Les outils et algorithmes électroniques de gestion des maladies (y compris les lignes directrices de pratique clinique ou LDPC) facilitent la planification, le contrôle et le suivi, et améliorent les résultats cliniques des patients/bénéficiaires<sup>39</sup>.

Le projet a clairement démontré que les dossiers de santé électroniques constituent un lien essentiel entre les soins à domicile et les soins de santé primaires du fait qu'ils permettent aux fournisseurs d'échanger des renseignements essentiels et de suivre l'évolution de l'état de santé du patient/bénéficiaire.

Le but du projet, par conséquent, consistait à améliorer la communication de l'information sur la santé et la prise de décision en créant des partenariats et en faisant davantage appel à la TI.

**« Les patients sont plus à l'aise sachant qu'on me tient au courant et que j'interviens dans les soins qu'ils reçoivent. »**

**D<sup>r</sup> Don Collins-Williams**, Applehills Medical Group, médecin partenaire en Ontario

# Notre expérience

## En remplaçant

### → Par

L'absence de connaissance et de lien entre le médecin de famille et les soins à domicile

L'établissement d'une relation de confiance

La prestation de services à domicile par zone géographique

Des services de gestion de cas (et l'affectation d'un gestionnaire de cas particulier) liés à la pratique du médecin afin de simplifier et d'améliorer l'efficacité des communications et de la prise de décision

La communication ponctuelle et sporadique

Des stratégies convenues de communication régulière entre les partenaires

Un système centralisé d'admission aux services de soins à domicile

Un service d'admission dans lequel interviennent le médecin de famille, le patient et l'équipe de santé pour prendre les décisions et planifier la prestation des services

Un système essentiellement fondé sur le papier

Un système électronique que se partagent les partenaires fournisseurs en utilisant les outils et les algorithmes des pratiques exemplaires

## Nous avons constaté...

- Que le partenariat signifie travailler ensemble en toute confiance et repose sur d'excellentes communications interpersonnelles et électroniques. Lorsque la confiance règne, les gens communiquent efficacement (et cherche à trouver des solutions au lieu de blâmer les autres) les obstacles bureaucratiques s'aplanissent.
- Que l'aiguillage des patients par les médecins est plus approprié lorsque ceux-ci travaillent de concert avec un gestionnaire de cas. Ils sont en mesure de participer activement dans la prise de décisions importantes pour leurs patients/bénéficiaires relativement à ces services.
- Que l'amélioration de la TI dans un partenariat (y compris l'utilisation de protocoles de soins et d'outils normalisés) peut améliorer la communication de l'information et contribuer à l'amélioration des soins.
- Que de bonnes communications et le partage de la prise de décision débouchent sur de meilleurs soins, de meilleurs choix de services pour les patients/bénéficiaires (au niveau des soins à domicile et des services communautaires) et une meilleure utilisation de ressources limitées. Les gestionnaires de cas contribuent leur compréhension de la situation du patient vivant chez lui et au sein de la collectivité; les médecins de famille apportent leur connaissance des besoins médicaux du patient. En partageant l'information et en incluant le patient/bénéficiaire, ils peuvent prendre de bien meilleures décisions.

**Les partenariats  
permettent de mieux  
utiliser les ressources.**

# Notre preuve

## Perspective du patient/bénéficiaire

### Travail d'équipe

La majorité des patients/bénéficiaires interrogés ont déclaré avoir l'impression que leurs fournisseurs travaillaient en équipe pour assurer le soutien continu de leurs soins (bien que, comme nous l'avons indiqué à l'avantage percutant sur la gestion des maladies chroniques, cette impression ait légèrement été moins bonne à la fin du projet – les raisons probables sont abordées à la section consacrée à cet avantage). Les patients/bénéficiaires ont aussi indiqué être satisfaits de l'information qu'on leur a communiquée au sujet de leur diabète <sup>40</sup>.

### Confiance accrue

Les fournisseurs partenaires ont indiqué qu'il est plus facile d'établir un climat de confiance avec les patients/bénéficiaires lorsque ceux-ci sont conscients que l'équipe travaille en collaboration. Dans bien des cas, par exemple, les patients connaissent leur médecin depuis longtemps et sont plus susceptibles de faire confiance au gestionnaire de cas/à la CSC que leur médecin connaît et avec lequel il communique sur une base régulière.

## Perspective du fournisseur

### Davantage de contacts

Le nombre de gestionnaires de cas par pratique médicale a diminué radicalement, permettant aux partenaires d'entretenir des communications plus personnelles.

Les résultats<sup>41</sup> de l'analyse fonctionnelle ont révélé que plus le projet avançait plus les gestionnaires de cas et les CSC consacraient du temps à interagir avec leurs partenaires médicaux<sup>42</sup>.

### Aiguillage accru vers les soins à domicile

L'aiguillage par les médecins de patients non diabétiques (ne participant pas au projet) vers les soins à domicile s'est accru au fil du projet au fur et à mesure que les médecins étaient sensibilisés aux services de soins à domicile et qu'ils en avaient une meilleure compréhension (conclusion sur laquelle nous revenons à l'avantage percutant sur la gestion de cas).

### Meilleure partage de l'information

Les partenaires ont trouvé qu'il y avait un meilleur partage de l'information entre eux et que cela avait facilité l'intégration de la prestation des services et favorisé la collaboration (par exemple, les CSC à Calgary ont presque doublé le temps qu'ils consacraient avec les médecins entre le début du projet et la Phase 2). Les gestionnaires et les CSC ont indiqué qu'ils appréciaient être informés par le médecin des antécédents d'un patient avant de l'évaluer. Pour leur part, les médecins ont affirmé qu'ils appréciaient connaître le point de vue du gestionnaire/de la CSC au sujet des activités quotidiennes d'un patient (renseignements qu'ils ne peuvent pas toujours obtenir dans le cadre d'une consultation).

**« Le système de santé est complexe et peut être ahurissant pour les patients. Nous avons besoin d'un navigateur, et les gestionnaires de cas ont tout ce qu'il faut et sont prêts à assumer ce rôle. Ce qui faisait défaut [auparavant] c'était cette relation avec les médecins de soins primaires. »**

**Ann Boucher**, directrice des services à la clientèle,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

### Confiance accrue vis-à-vis de l'information partagée

Les médecins ont indiqué qu'ils faisaient davantage confiance aux communications et à l'information en raison des contacts directs qu'ils entretenaient avec le gestionnaire/la CSC. Avant le partenariat, ont-ils précisé, ils obtenaient (parfois) leurs renseignements auprès de diverses sources et, vu l'absence de structure en place, ils n'étaient pas « aussi à l'aise » avec les renseignements qu'on leur communiquait.

Certaines équipes ont indiqué qu'elles se rencontraient régulièrement et que cela avait contribué à souder leurs liens; celles qui ne s'étaient pas rencontrées avec autant d'assiduité ont affirmé que cela les intéressait, mais qu'elles craignaient ne pas avoir le temps.

### Importance des outils et des lignes directrices

Les fournisseurs ont reconnu l'importance des outils et des cheminements cliniques normalisés (y compris les ensembles de données de base) pour l'optimisation des soins.

### Améliorations de la TI

Les dirigeants à Calgary ont eu l'impression que les améliorations apportées à la TI au fil du projet (tout en reconnaissant les difficultés) avaient considérablement contribué à faire avancer les choses (entre autres, de faire gagner du temps et d'accroître la normalisation)<sup>43</sup> et qu'ils étaient impatients de voir la suite. Comme Cheryl Grady (directrice de la planification du programme, RRC) l'a dit : « Les possibilités qu'offre la bonne utilisation de la TI sont phénoménales. » En Ontario, on espère que l'implantation accrue de la TI se traduira par des avantages accrus pour les patients/bénéficiaires et les fournisseurs.

En Ontario, il faut souhaiter que l'intégration graduelle de la TI se traduira par des avantages tant pour les patients/bénéficiaires que pour les fournisseurs.

## Perspective du système

### Mise en œuvre de la TI

Même si les systèmes de TI n'ont pas été mis en place dans le délai prévu, et ce fut une source de tension, beaucoup de fournisseurs ont affirmé qu'une meilleure TI pourrait faciliter la collaboration au sein des partenariats et accroître l'efficacité de la prestation des services grâce à une amélioration des communications lorsque la TI est utilisée de façon plus régulière. Voir « Autres faits : l'expérience de la TI » plus loin.

**« Cela se résume à la communication [...]. Au fil du partenariat, j'ai remarqué que nous nous sentions plus à l'aise et que nous pouvions travailler plus étroitement ensemble. »**

**Jeanette Adlington**, gestionnaire de cas,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

# Leçons apprises

## Le dialogue, facteur incontournable

La communication mutuelle dans un partenariat est importante si le partage des responsabilités fait partie des objectifs. Les deux partenaires doivent avoir l'impression que ce qu'ils ont à dire sera entendu et apprécié. Lorsque la communication est positive et efficace, les partenaires se sentent investis dans le travail à faire et assument davantage de responsabilités en veillant à accomplir ce travail du mieux qu'ils leur peuvent.

## Effort supplémentaire requis au début d'un partenariat

En raison du temps additionnel requis au début pour établir des protocoles de communication efficaces et prendre de bonnes habitudes, la charge de travail des partenaires dans l'ensemble doit tenir compte de cet effort supplémentaire.

Dès le début d'un partenariat, les membres doivent consacrer du temps en vue de convenir de lignes directrices, de moyens de communication et de la fréquence des communications (en se réunissant). Les partenaires doivent discuter des aspects cliniques et administratifs. Les mécanismes de partage de l'information devraient être simples et ne devraient pas augmenter la charge de travail.

## La transformation de la TI prend du temps

Comme l'indique clairement l'encadré ci-après (Expérience de la TI), il n'existe pas de solution simple pour accélérer l'implantation et l'adoption de la TI. Il faut composer avec de nombreuses variables, qui changent constamment – allant des pressions immédiates au sujet de la façon dont les individus et les bureaux réagiront aux changements proposés à la pression globale de la recherche de solutions de TI qui s'harmonisent avec les initiatives et exigences régionales ou provinciales. Les fournisseurs ont besoin d'être rassurés que la présence d'un certain degré d'inconfort ou d'inquiétude est naturelle, mais qu'il s'atténuera au fil du temps au fur et à mesure que les solutions de TI se révéleront et que l'on apprendra à les utiliser. Les fournisseurs doivent continuer de voir les avantages à long terme de la TI.

**« Dans le passé, nous avons fait affaire avec tant de gestionnaires de cas dans le cadre des programmes de soins à domicile que, franchement parlant, je ne les avais jamais rencontrés avant le lancement de ce projet. Aujourd'hui, je peux téléphoner à Jeanette sachant qu'elle donnera suite à ma requête et que nous donnerons au patient les soins dont il a besoin. »**

**D<sup>r</sup> June Kingston,** Groupe Santé familiale - Trillium, médecin partenaire en Ontario



# Autres faits...

## L'expérience de la TI

**Les dossiers électroniques et de meilleurs systèmes de TI constituent des éléments cruciaux au bon fonctionnement et à l'évolution d'un système de santé intégré. Le projet avait pour objectif d'améliorer les systèmes locaux de TI. Il était toutefois impossible d'apporter des changements sans tenir compte des initiatives régionales et provinciales, d'où la complexité et les défis. Quoiqu'il en soit, Calgary avait déjà signalé d'importants gains d'efficacité et, bien que l'Ontario n'ait pas été en ligne avant novembre 2005, les participants sont enthousiastes face aux possibilités et ils ont indiqué qu'ils continueraient d'examiner cette solution au-delà du projet.**

Comme il en a déjà été question dans d'autres avantages percutants plus haut, l'élément TI du projet fut un important catalyseur des principaux points de discussion (la prise en charge des maladies chroniques, la gestion de cas et les partenariats). Des systèmes de TI efficaces sont indispensables pour assurer la bonne communication et l'efficacité du travail d'équipe. Entre autres choses, la TI peut :

- Réduire la charge de travail en permettant aux différents professionnels de la santé de plus facilement récupérer et partager des données médicales importantes sur les patients/bénéficiaires
- Améliorer la communication et la collaboration
- Réduire les chevauchements
- Réduire les risques de problèmes liés à l'admissibilité
- Permettre plus facilement aux cadres de suivre les résultats et les variantes relevés chez le patient/bénéficiaire
- Permettre l'application normalisée des lignes directrices et des algorithmes des pratiques cliniques.

*« La TI ne fera pas le travail pour nous, mais elle nous permettra de mieux travailler. »*

**Bob Morton**, ancien directeur général,  
Centre d'accès aux soins communautaire de Peel

### Le défi de mettre en œuvre un système de TI appuyant le projet

Un des principaux défis auxquels ont toutefois été confrontés les participants concernait la façon de mettre en œuvre des systèmes de TI appuyant le projet qui s'intégreraient également dans les stratégies globales des régions et des provinces déjà en place ou en voie de planification. Composer avec ce défi a exigé plus d'énergie que nous avons initialement prévu. Les deux régions ont dû travailler avec des consultants afin de comprendre les stratégies régionales et provinciales et d'intégrer la TI proposée dans le cadre du projet à ces stratégies globales. La bonne nouvelle est que les solutions proposées et mises en œuvre seront plus durables. Nous invitons les lecteurs qui s'intéresseraient particulièrement à cet aspect du projet, à visiter le site Web pour plus d'information, y compris un survol des objectifs du projet en matière de TI, les difficultés relevées au tout début (notamment l'historique de l'état de la TI dans les deux régions et des décisions qui ont éventuellement été prises) et les résultats de l'expérience.

D'emblée, bien sûr, les médecins, les gestionnaires de cas/CSC et les représentants à Calgary et en Ontario ont indiqué ce qu'ils attendaient d'une TI plus perfectionnée. Cela étant dit, il est normal que les retards enregistrés relativement à la mise en œuvre de cette TI aient été une source de frustration pour les participants. Au bout du compte, les principales sources de préoccupation ont été ces retards, la capacité d'intégration avec les systèmes en place, la fonctionnalité et le temps requis pour apprendre à utiliser les nouveaux systèmes.

### Solution adoptée à Calgary

Ayant commencé à utiliser la TI au printemps 2005, la région de Calgary s'emploie actuellement à l'améliorer. Elle continuera d'utiliser les applications MDS-HC (logiciel d'évaluation) et Soprano (logiciel de gestion des maladies chroniques) et en fera un plus grand usage.

L'intégration de Soprano au dossier médical électronique prend plus de temps que prévu, mais

on n'abandonne pas pour autant l'engagement de réaliser cette intégration. Il est important de souligner que les données de l'évaluation de l'application indiquent que les fournisseurs à Calgary ont réussi à respecter les objectifs cliniques des partenariats et des patients/bénéficiaires tout en mettant en œuvre la TI et en procédant à une réaffectation des effectifs du secteur des soins à domicile. Les CSC ont également affirmé que les améliorations de la TI leur avaient permis de réaliser des gains de temps importants.

### Solution adoptée en Ontario

L'Ontario a commencé à utiliser la TI en novembre 2005. Même si ce fut plus tard qu'on l'avait prévu à l'origine, ce fut un pas considérable vu la décision de l'ASIS (Agence des systèmes intelligents pour la santé, organisation provinciale chargée de l'infrastructure de la technologie) d'adopter l'application malgré la complexité et la rigueur du processus propre au mandat provincial de l'Agence.

Il faut normalement prévoir entre six mois et un an du début à la fin de la mise en œuvre d'un processus suivant la complexité de la solution et les efforts de coordination engagés. Nous avons réussi à satisfaire les exigences des intervenants clés, à compléter l'essai du prototype auprès des médecins, à adopter un document de définition, à obtenir le soutien de l'ASIS, à mettre en place l'environnement et l'équipement d'accueil de l'ASIS, à utiliser le service Internet haute vitesse de l'ASIS, à effectuer des essais d'acceptation par l'utilisateur, à régler les problèmes de logiciel et à apporter les améliorations nécessaires avant le lancement.

Pour certains médecins, la solution, à ce moment-ci, crée des chevauchements. Nous nous employons à dresser une liste des améliorations que nous pourrions apporter, y compris la création d'interfaces afin de réduire le plus possible ces chevauchements, avant la fin du projet. Comme on

a commencé à utiliser la TI proposée après que l'équipe d'évaluation eut terminé de recueillir des données, nous procédons à une mini-évaluation de la solution.

Nous espérons que les conclusions confirmeront la validité de l'application et qu'elles préciseront où nous pourrions l'améliorer. Nous nous emploierons à mettre en place le plus d'améliorations possible afin de démontrer l'ouverture des participants du projet et d'obtenir l'autorisation de continuer à l'utiliser en Ontario.

### Évolution de la TI

D'après les résultats du sondage mené auprès des fournisseurs en Ontario et à Calgary, la connectivité électronique améliorée a certes amélioré leurs compétences informatiques, mais n'a pas nécessairement influé (jusqu'ici) sur les soins qu'ils dispensent. Au bout du compte, plusieurs grands thèmes se dégagent de l'« histoire de la TI » du projet :

- Les améliorations de la TI sont nécessairement cumulatives – il est impossible de préciser immédiatement tous les avantages, car il faut passer par une période (parfois difficile) d'apprentissage.
- Les plans et les stratégies du projet en matière de TI ont évolué par rapport à la vision initiale énoncée au début du projet – nous avons appris que c'est souvent seulement en essayant de créer quelque chose que l'on se rend compte de ce que l'on veut ou de ce que l'on a besoin réellement.
- Même si tout ce qui entoure la TI ne s'est pas déroulé comme prévu, nous avons tiré des leçons précieuses de ce qui s'est passé et des orientations adoptées.

**Tout en étant un outil puissant, la TI ne peut provoquer le changement sans l'existence d'un partenariat de confiance.**

« Les gestionnaires de cas à domicile ont l'occasion de mettre leurs connaissances, leur expérience et leurs talents à profit au même titre que les autres membres de l'équipe de santé. »

**Marg McAlister**, directrice du Projet de partenariat national

# Avantage percutant

Renforce la valeur de la  
gestion de cas à l'échelle  
du système

## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques permettent aux médecins et gestionnaires de cas de mettre leurs compétences respectives au service des patients/bénéficiaires.**

# Hypothèse

## La gestion de cas appliquée à l'échelle du système donne de meilleurs résultats

Il a été démontré au cours des deux dernières décennies que la gestion des maladies et la gestion de cas sont deux interventions interreliées et qu'elles permettent d'offrir des soins de meilleure qualité, d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et de réduire les coûts du système de santé<sup>44</sup>.

La gestion de cas par le système est une stratégie ou un processus entrepris par tous les professionnels de la santé (et même utilisée par les patients/bénéficiaires eux-mêmes) pour optimiser le mieux-être et l'autonomie du patient/bénéficiaire par des moyens de pression, la communication, l'éducation, l'identification des ressources et l'accès plus facile aux services.

Le principe de la gestion de cas est également considéré comme une partie intégrante du système de soins à domicile, et les « gestionnaires de cas » sont les individus essentiellement chargés de cette activité dans le secteur des soins à domicile. Il règne toutefois une certaine confusion autour de la définition et de la contribution de la gestion de cas dans le contexte des soins à domicile<sup>45</sup>, et les gestionnaires de cas ne peuvent pas toujours réaliser leur plein potentiel.

### Fonctions cruciales d'un gestionnaire de soins à domicile

Au début du Projet de partenariat national, nous avons surtout cherché à comprendre l'impact qu'auraient les deux stratégies clés – soit le partenariat avec un médecin de famille et la gestion des maladies chroniques – sur le rôle du gestionnaire de cas de soins à domicile. En particulier, par le truchement de l'échantillonnage du travail (l'analyse fonctionnelle), il a été possible d'examiner ce que seraient les fonctions « cruciales pour la mission » d'un gestionnaire de cas à domicile travaillant en partenariat et utilisant un modèle de gestion des maladies. Nous voulions savoir quelle influence exercerait un partenariat où régnerait la confiance entre les gestionnaires et les médecins et comment le réaménagement de certaines activités des gestionnaires pourrait les aider à accomplir ces fonctions.

### Gestion de cas à l'échelle du système

Certes, nous nous étions engagés dans ce projet dans le but de comprendre le travail du gestionnaire de cas dans ce nouveau contexte (et nous avons recueilli des renseignements précieux à cet égard), mais nous avons également (et c'est ce qui est peut-être le plus important) appris la place qu'occupait la gestion de cas dans le système en général. Nous avons constaté que lorsque les médecins et les gestionnaires de cas sont jumelés dans une structure définie, ils renforcent leurs fonctions respectives de gestion de cas. En fait, la gestion de cas fonctionne beaucoup mieux dans le cadre d'un système que lorsque ces professionnels travaillent chacun de leur côté.

Il est devenu très évident que les médecins de famille demeurent la plus importante personne-ressource des patients nécessitant des soins de santé primaires. La réalité veut toutefois que les médecins ne puissent assumer seuls ce rôle et qu'ils aient besoin d'avoir accès à des services communautaires de base – un accès rendu possible grâce au partenariat avec un gestionnaire de soins à domicile. En outre, en clarifiant le rôle du gestionnaire de cas, les deux membres du partenariat sont mieux en mesure de contribuer leurs compétences et connaissances particulières en vue de réaliser l'intégration des soins et de collaborer à cette fin. Essentiellement, l'attitude devient « Je vais assumer la responsabilité de cette tâche, vous de celle-là tandis que nous nous acquitterons de cette autre ensemble ».

# Notre expérience

## En remplaçant

### → Par

La gestion de cas en fonction des disciplines

Des activités de gestion collégiales où chaque discipline convient d'un algorithme de soins

La gestion des soins des patients/bénéficiaires en fonction de silos isolés de soins de santé

Une équipe de gestion des soins des patients/bénéficiaires

Un dédale de services difficilement accessibles

Un réseau de services pilotés par des experts

## Nous avons constaté...

- Que lorsque les médecins apprennent à connaître les gestionnaires de cas et les considèrent comme des partenaires à part entière dans la prestation de soins aux patients/bénéficiaires, les obstacles habituels entre ces professionnels tombent et l'interaction est très positive.
- Que lorsque les médecins ont l'impression que la gestion de cas est un travail de collaboration et qu'ils comprennent le rôle que peuvent jouer les gestionnaires de cas à domicile, ils se sentent moins frustrés face à la bureaucratie et sont plus sensibilisés aux limites et options des soins à domicile.
- Que la prise de décision conjointe par les partenaires débouche sur une meilleure compréhension et répartition des ressources (par exemple des aiguillages plus rapides et plus appropriés).
- Que le rôle du gestionnaire de cas de soins à domicile en vue d'obtenir les résultats cliniques escomptés auprès des patients/bénéficiaires vivant avec une maladie chronique est confirmé.
- Que les médecins se sentent moins isolés et davantage appuyés; les gestionnaires ressentent une vive satisfaction pour le rôle qu'ils assument et leur contribution.
- Que les patients/bénéficiaires sont heureux de savoir qu'ils peuvent compter sur une équipe pour combler leurs besoins et ils reconnaissent que le gestionnaire est un élément important de cette équipe.

**L'efficacité de la gestion de cas passe par une stratégie de collaboration.**

# Notre preuve

## Perspective du patient/bénéficiaire

### Le travail d'équipe fonctionne

Dans le dernier sondage, plus de sept patients/bénéficiaires sur dix ont déclaré que les fournisseurs avaient travaillé en équipe pour les aiguiller vers le service dont ils avaient besoin, et 65 % ont dit que leurs fournisseurs avaient travaillé en équipe pour assurer leur soutien continu (les raisons qui expliquent cette légère baisse par rapport au début du projet sont examinées à l'impact percutant de la gestion des maladies chroniques).

Un nombre significatif de patients/bénéficiaires ont indiqué que leur gestionnaire de cas à domicile était ouvert à leurs questions et leurs opinions sur les soins<sup>46</sup>.

Les faits entourant les taux de satisfaction relatifs au traitement et à l'éducation en matière de soins à domicile sont décrits à l'impact percutant de l'habilitation des patients/bénéficiaires.

## Perspective du fournisseur

### Partenariat signifie compréhension

Les médecins ont indiqué que le partenariat établi avec une ressource (leur gestionnaire de cas ou la CSC) leur avait permis de mieux comprendre et de mieux percevoir le rôle du gestionnaire/de la CSC.

### Collaboration accrue

Les fournisseurs ont noté une amélioration de la collaboration entre le début et la fin du projet. Ils ont toutefois précisé que ce fut un processus graduel et qu'il avait fallu un engagement continu. Ils ont tous convenu qu'établir un climat de confiance avait pris un certain temps et qu'ils avaient dû consacrer du temps à bâtir l'équipe.

### Meilleure utilisation des compétences de base

En situant le rôle des gestionnaires de cas dans le plus grand contexte de l'administration (c'est-à-dire, quels services et quelle aide ils pourraient contribuer), les médecins ont affirmé qu'ils pouvaient davantage se concentrer sur leurs propres compétences de base; ils ont ajouté s'être sentis appuyés dans leurs efforts d'offrir les meilleurs soins possibles aux patients.

**« Il y a pénurie de médecins de famille au Canada. Nous n'avons pas assez de personnel pour dispenser toute la gamme des soins et les médecins ne peuvent offrir seuls l'éventail des services et assumer leur coordination sans entretenir une sorte de lien avec une équipe. »**

**D<sup>r</sup> Adrian Gretton**, Southwest Medical Clinic,  
médecin partenaire en Alberta



### Adaptation du rôle

La communication des résultats de l'analyse fonctionnelle a influé sur l'évolution du rôle des gestionnaires de cas/CSC au fil du projet<sup>47</sup>. Les gestionnaires et la CSC ont assumé le rôle exceptionnel de former des liens et jeter des ponts avec les patients/bénéficiaires. Ces liens ont permis aux médecins de se concentrer sur les soins cliniques complexes et de mieux s'acquitter de leur rôle dans la « gestion de cas ». Voir « Autres faits : peaufinage et redéfinition des rôles dans un partenariat » à la fin de cette section.

### Perspective du système

#### Moins d'obstacles

Le travail d'équipe, où les gestionnaires ont un rôle distinct à jouer, permet une plus grande intégration et coordination des services; l'intervention des soins à domicile réduit les obstacles entre le médecin et les soins communautaires. Par exemple, comme nous l'avons indiqué à l'impact percutant précédent sur la communication et la prise de décision, l'aiguillage de patients/bénéficiaires non diabétiques (ne participant pas au projet) vers les soins à domicile a augmenté entre le début et la fin du projet, les médecins étant davantage sensibilisés aux services dispensés par les soins à domicile.

**« Les médecins de famille n'ont pas toujours bien compris l'éventail et l'ampleur des services que peuvent rendre les soins à domicile à leurs clients. Une des choses extraordinaires accomplies par le projet a été de voir l'enthousiasme des médecins face à ce nouveau 'trésor' – quelque chose qui peut les aider et aider leurs patients. Les médecins sont vraiment emballés, ce qui ne peut que nous ravir. »**

**Cathy Hecimovich**, directrice des services à la clientèle,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Halton

# Leçons apprises

## Clarifier le rôle des gestionnaires de cas à domicile peut profiter à tous les acteurs

Certes, le projet visait à accroître et à clarifier le rôle du gestionnaire de cas à domicile, mais il nous a fait prendre conscience de la valeur de la gestion de cas au sein de l'équipe de professionnels. En contribuant au potentiel du gestionnaire de former des liens et de jeter des ponts avec la pratique du médecin de famille, et en établissant un système où les responsabilités sont partagées, nous avons pu mieux mettre à profit les compétences des deux éléments du partenariat.

## Définir les rôles dans un partenariat peut présenter un défi, mais est satisfaisant en bout de ligne

Les gestionnaires de cas/CSC ont indiqué que l'absence de définition des rôles avait été une source de frustration au départ, mais que cela leur avait donné la souplesse nécessaire pour mettre à profit leurs compétences pour déterminer où ils se situaient dans l'équipe. Au fil du projet, ils ont noté que leurs rôles étaient mieux définis pour eux-mêmes et les autres.

## Investir dans les soins à domicile est payant à long terme

Une meilleure compréhension des soins à domicile par les médecins s'est traduit par davantage d'aiguillage de patients (non diabétiques) vers les soins à domicile, un corollaire positif du projet, mais il est important de reconnaître qu'une augmentation de la demande de services a une incidence sur les besoins budgétaires.

**« L'optique plus large des soins que l'on obtient grâce au CASC dépasse ce que peuvent offrir les médecins de famille. »**

**D<sup>r</sup> George Southey**, Réseau Santé familiale - Dorval,  
médecin partenaire en Ontario

# Autres faits...

## Revoir et redéfinir les rôles des partenaires

**Nous nous attendions à ce que les fournisseurs participants puissent réévaluer leurs rôles à partir des résultats d'un échantillonnage des données. Calgary a utilisé l'information pour faire l'essai d'un rôle où les CSC interviendraient moins. Halton et Peel ont mis au point un modèle permettant aux médecins partenaires de consacrer plus de temps direct aux patients/bénéficiaires.**

**Les médecins ont indiqué avoir pu définir leur propre rôle vis-à-vis des soins à domicile et qu'ils étaient mieux en mesure de tirer profit de leurs compétences de telle sorte que les patients/bénéficiaires pouvaient recevoir de meilleurs soins de la part de tous les acteurs.**

Comme nous l'avons souligné à l'impact percutant sur les ressources humaines, les partenariats sont une relation en évolution où il est nécessaire de revoir et redéfinir régulièrement les rôles des partenaires. Ce projet également a été conçu en tenant pour acquis que l'évaluation continue contribuerait au processus de prise de décision et à l'amélioration des programmes, y compris le peaufinage des rôles.

### Évolution des rôles au sein du partenariat

Au fil de l'élaboration des deux stratégies clés, il est devenu évident qu'il serait possible de redéfinir certains aspects des rôles des partenariats entre gestionnaires de cas et médecins.

En particulier, l'information recueillie à l'issue des analyses fonctionnelles a changé la façon dont les gestionnaires de cas/CSC percevaient leur rôle. Tant à Calgary qu'en Ontario, les résultats de l'analyse fonctionnelle ont été utilisés pour informer les participants de l'amélioration de l'efficacité de leur pratique lorsqu'ils réduisaient les chevauchements et la paperasserie et qu'ils déléguaient des tâches. Des activités précises ont été utilisées dans les deux régions en vue de favoriser le travail d'équipe et mieux définir les rôles et fonctions des membres de l'équipe.

Une meilleure définition des rôles a permis de mieux cibler les fonctions cruciales (plus particulièrement la possibilité de former des liens et de jeter des ponts avec des malades chroniques) qui ont un impact direct sur les soins et les résultats cliniques, et de moins s'attarder aux questions qui pouvaient être confiées à un autre membre de l'équipe.

Les deux régions se sont servies de l'information pour modifier leur propre façon de faire les choses.

### Évolution des rôles à Calgary

Comme conséquence directe du projet, Calgary a adopté un nouveau modèle de gestion de cas qui réduit les soins directs dispensés par les CSC, accroît la collaboration et les activités de navigation, et réduit la fragmentation. Plus particulièrement, en affectant certaines activités liées aux soins chroniques, tels que le traitement des plaies, à d'autres membres de l'équipe, les CSC ont plus de temps à consacrer à la promotion de la santé – ce qui accroît la capacité du patient/bénéficiaire de se prendre en charge – et à d'autres fonctions leur permettant de former des liens et jeter des ponts (composantes du rôle des CSC qu'on ne voyait pas assez souvent).

*« Je crois qu'en permettant aux fournisseurs de conjuguer leurs efforts pour atteindre des objectifs précis, comme le préconisaient les paramètres du projet, les chances d'atteindre les objectifs sont meilleures. »*

**Dr John Maxted**, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé, Collège des médecins de famille du Canada, membre du Conseil consultatif du projet

## Évolution des rôles en Ontario

L'Ontario, pour sa part, a élaboré un modèle qui réduit les activités indirectes du gestionnaire de cas avec le patient/bénéficiaire et augmente le temps passé directement avec les patients/bénéficiaires et le médecin partenaire.

Il y a lieu de souligner que le peaufinage du rôle des gestionnaires de cas/CSC a clairement amené d'autres membres de l'équipe de soins à peaufiner et à redéfinir leurs rôles, par exemple les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées (à Calgary) et le personnel adjoint des équipes (en Ontario, où des efforts stratégiques ont été déployés en vue de restructurer les processus en réduisant les tâches administratives des gestionnaires de cas et en améliorant les communications entre ces derniers et le personnel adjoint).

## Impact sur les partenaires

Les résultats des analyses fonctionnelles recueillis à la fin du projet ont indiqué que le temps du gestionnaire de cas/CSC avait, en effet, été réaménagé considérablement et avec succès en insistant davantage sur la gestion des maladies et la collégialité, deux pratiques exemplaires dans le domaine des soins de santé primaires.

Enfin, non seulement les rôles des fournisseurs de soins à domicile ont été définis, mais les médecins ont souligné, durant les derniers entretiens, qu'ils avaient entrepris certains changements à la suite de leur participation au projet. Par exemple, les médecins en Ontario ont indiqué qu'en étant plus sensibilisés aux services de soins à domicile et en les comprenant mieux, ils recommandaient plus de patients. Le fait de travailler également avec un fournisseur en particulier avait simplifié le processus de collecte d'information sur les soins à domicile. Les médecins ont aussi indiqué qu'en sachant ce que les soins à domicile peuvent faire, ils pouvaient consacrer leur énergie à exercer leurs spécialisations de telle sorte que les patients recevaient les meilleurs soins possible.

**La gestion de cas à domicile est une stratégie axée sur le client en vue de dispenser des services de santé et de soutien de qualité en utilisant les ressources disponibles de manière efficace et efficiente pour aider le bénéficiaire à atteindre ses objectifs.**

« Le projet étudie comment utiliser le plus efficacement possible les ressources limitées en santé. »

**Bob Morton**, ancien directeur général,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

# Avantage percutant

Illustre la possibilité de  
réduire les frais de gestion

## **Stratégies du changement**

**Le jumelage de gestionnaires de cas avec des omnipraticiens et l'élargissement du rôle des soins à domicile pour la gestion des pathologies chroniques offrent la possibilité de réduire les frais de gestion du système de santé.**

# Hypothèse

## Les partenariats devraient permettre de réaliser des économies

Des études ont démontré que nous pouvons utiliser les ressources limitées des soins de santé de manière plus efficiente et réaliser des économies en changeant notre approche. Elles ont attesté, par exemple, que :

- l'adoption du modèle de soins des maladies chroniques donne de meilleurs résultats cliniques et réduit les coûts de traitement de nombreuses pathologies<sup>48</sup>
- l'approche multidisciplinaire réduit la période d'hospitalisation et les coûts, améliore la prestation des services, le taux de satisfaction des patients/bénéficiaires, la motivation du personnel, et favorise l'innovation<sup>49</sup>
- les interventions par les gestionnaires de cas dans un modèle de pratique concertée améliore les soins, les résultats cliniques et réduit les coûts des soins des diabétiques<sup>50</sup>
- les soins à domicile coûtent moins chers que les soins actifs
- l'accumulation de données sur les patients/bénéficiaires et l'utilisation de systèmes de TI de pointe permettent de réaliser des économies du fait que le personnel et les médecins consacrent moins de temps à chercher les dossiers et à remplir des formulaires.

### Les bons soins au bon moment

Le projet n'a pas examiné officiellement l'impact sur les coûts des soins de santé du modèle de partenariat proposé entre les soins à domicile et les médecins de famille pour gérer les maladies chroniques. Nous nous attendions à ce que chaque membre de l'équipe puisse fournir le meilleur service professionnel possible de manière plus efficiente (les bons soins au bon moment).

Parallèlement, nous nous attendions à ce que la promotion proactive de la santé et les stratégies de prévention des maladies permettent de repousser la

détérioration de la santé ou de réduire l'incidence d'exacerbations aiguës, qui nécessitent normalement des interventions plus onéreuses.

### Utiliser les systèmes de TI comme habilitateurs

Enfin, nous espérons que les nouveaux systèmes de TI faciliteraient la tâche des partenaires et que l'amélioration des communications réduirait les chevauchements, qui sont fastidieux pour tous les intervenants. En mettant fin à la surenchère des messages laissés dans les boîtes vocales et à la paperasserie administrative, nous anticipons que les fournisseurs disposeraient de plus de temps pour s'acquitter de leurs responsabilités premières. Nous avons également espéré qu'en améliorant la TI, l'équipe aurait plus rapidement accès à l'information, ce qui lui permettrait de mieux servir les patients/bénéficiaires. Le stockage de l'information lui permettrait également de suivre de près un groupe de patients/bénéficiaires et de planifier les interventions propres à ce groupe.

L'expérience du projet et les conclusions ont été examinées en gardant ces attentes à l'esprit afin de relever tout indice laissant croire à la possibilité de réduire les coûts de gestion en appliquant les stratégies clés du projet sur une plus grande échelle.



# Notre expérience

## En remplaçant

### → Par

L'utilisation minimale des dossiers électroniques et de la gestion des données

Une utilisation accrue de la TI pour suivre l'information et les résultats cliniques concernant le patient/bénéficiaire en tant qu'individu ou faisant partie d'une population cible au sein d'une pratique

La multiplication des fichiers d'information

Un ensemble de données minimales que l'équipe de professionnels estime indispensables pour assurer les soins

Une approche réactionnelle aux soins des patients/bénéficiaires

Une approche proactive de gestion des pathologies en mettant l'accent sur la promotion de la santé et les interventions précoces afin de prévenir la nécessité de recourir à des soins aigus plus onéreux ou à des soins épisodiques et des services institutionnels

L'utilisation excessive des boîtes vocales

Une utilisation accrue des communications par Internet à des fins de documentation

La paperasserie administrative

Une diminution du temps et de l'argent consacré à la paperasserie

## Nous avons constaté...

- Que les obstacles systémiques sont réduits au maximum lorsque les partenaires travaillent ensemble, comprennent leurs circonstances respectives et décident de concert de la meilleure utilisation des ressources en santé limitées.
- Qu'en privilégiant la gestion de cas et en améliorant les communications, l'équipe de soins primaires/à domicile peut dépister les complications onéreuses et débilantes, et réduire la fréquence des situations de crise.
- Qu'il est possible de réduire et de mieux répartir le fardeau administratif imposé aux professionnels de la santé et ainsi assurer la meilleure utilisation des fonds.
- Que confier certaines interventions aux personnes les plus compétentes pour ce type d'intervention est sensé, permet de réaliser des économies et est professionnellement gratifiant.
- Que la prestation de soins en équipe où les membres partagent les responsabilités est plus efficace et efficiente. Les médecins peuvent déléguer en toute confiance des aspects des soins aux gestionnaires de cas à domicile, ce qui permet aux patients/bénéficiaires de recevoir les meilleurs soins possible.

**Les partenariats entre les soins à domicile et les soins de santé primaires sont efficaces et valorisants.**

# Notre preuve

## Perspective du patient/bénéficiaire

### Le travail d'équipe fonctionne

La plupart des patients/bénéficiaires ont déclaré que leurs fournisseurs travaillaient en équipe en faisant en sorte de leur trouver le fournisseur dont ils avaient besoin et en leur assurant un soutien continu (cette constatation est discutée plus en détail à l'avantage percutant sur la gestion communautaire des maladies chroniques).

### Diminution des taux d'A1c

Les deux premiers groupes de patients/bénéficiaires à Calgary ont noté une diminution statistiquement remarquable de leurs taux d'A1c durant le projet. Compte tenu des études qui établissent un lien entre les taux d'A1c et les frais médicaux, cette constatation est intéressante du point de vue des économies possibles<sup>51</sup>. Pour plus de détails sur les taux d'A1c, voir l'avantage percutant sur la qualité des soins dispensés aux patients/bénéficiaires.

## Perspective du fournisseur

### Meilleure utilisation des ressources

Pour leur part, les fournisseurs ont noté, dans des cas isolés, qu'ils avaient pu utiliser plus efficacement les ressources spécialisées limitées.

### Optimisation des compétences

La synergie découlant de la concertation a accru l'efficacité des soins, et l'optimisation des compétences de chaque membre de l'équipe de santé a permis d'améliorer les solutions au lieu de repartir à zéro.

### Meilleure utilisation du temps

Les résultats des analyses fonctionnelles<sup>52</sup> ont montré que les gestionnaires de cas/CSC passaient moins de temps à remplir des formulaires et à accomplir des tâches administratives à la fin du projet<sup>53</sup>.

## Perspective du système

### Soins de qualité et efficacité grâce à la TI

Le peaufinage de la TI, une meilleure organisation des données sur la santé et la disponibilité de ces données devaient améliorer la qualité des services et réduire les chevauchements. La question de la TI est discutée plus en détail à l'impact percutant sur la communication et la prise de décision.

**« Travailler ensemble est plus efficace et satisfaisant : chaque membre de l'équipe fait ce qu'il sait le mieux faire au lieu de tourner en rond dans un domaine qu'il ne connaît pas. »**

**D<sup>r</sup> George Southey**, Réseau Santé familiale - Dorval, médecin partenaire en Ontario

« Je dirais que le plus grand avantage du projet a été de permettre au médecin de famille de mieux utiliser son temps. En rencontrant régulièrement un gestionnaire de cas qu'il connaît et en qui il peut faire confiance, il est assuré que ses patients reçoivent les bons soins de manière efficace. »

**Dr June Kingston,** Groupe Santé familiale - Trillium,  
médecin partenaire en Ontario

# Leçons apprises

## Les nouveaux systèmes de TI exigent temps et patience

Les efforts déployés en vue de réduire les chevauchements en améliorant la TI en valent vraiment la peine, mais il faut du temps; en fait, il pourrait y avoir plus de chevauchements au début pendant le rodage des systèmes.

## L'analyse des données est indispensable

Pouvoir stocker des données sur l'état de santé des patients/bénéficiaires est merveilleux, mais les fournisseurs doivent y consacrer du temps et des ressources afin de pouvoir examiner ces données et y réfléchir pour pouvoir s'en servir sur une plus large échelle.

## La révision des rôles et des tâches exige également du temps et de la patience

Il faut parfois quelque temps avant de pouvoir déterminer qui serait mieux en mesure d'accomplir certaines tâches (particulièrement dans le cas du réaménagement des tâches administratives) et il revient à chaque partenariat de trouver la solution qui lui convient, mais les résultats sur les plans d'efficacité et meilleure utilisation des compétences professionnelles de chacun valent assurément l'effort.

**Au final : les fournisseurs doivent examiner la situation dans son ensemble avant d'entreprendre des changements systémiques – la réalité veut que la restructuration est tout un défi à relever et risque d'être une expérience frustrante d'où la nécessité d'ajustements en cours de route.**

« La valeur de ce projet réside en partie dans le fait qu'il sert d'exemple pour d'autres. Il lance le signal qu'ils peuvent eux aussi travailler en partenariats pour fournir les soins nécessaires. »

**Nancy Milroy-Swainson**, directrice de la Division des soins de santé primaires et continus,  
Santé Canada

# Recommandations et plan d'action

Une transformation  
possible

# Conclusion & Recommandations

Le Projet de partenariat national a démontré que l'intervention des soins à domicile améliore la prestation des soins de santé primaires, particulièrement chez les malades chroniques. Des partenariats entre médecins et gestionnaires de cas à domicile ont été créés ou améliorés; la portée des soins à domicile a été élargie en vue d'y inclure des soins proactifs pour les patients/bénéficiaires vivant avec une maladie chronique, et des systèmes de TI ont été mis en place.

Les gestionnaires travaillant dans les régions où se déroulait le projet ont été en mesure d'appuyer leurs partenaires médecins en intervenant auprès de leurs patients diabétiques pour évaluer et réévaluer leurs besoins selon les lignes directrices et les algorithmes mis au point par les équipes. Plus de 900 patients/bénéficiaires ont pu profiter de l'initiative et se sont dits extrêmement satisfaits du modèle de soins utilisé durant le projet.

Les CSC, gestionnaires de cas et médecins ont affirmé avoir beaucoup apprécié les aspects gestion de cas, gestion des maladies chroniques et collaboration du projet. La majorité d'entre eux avaient l'impression que les interventions du projet dans ces domaines avaient influé favorablement sur les soins des patients, les interactions avec les autres professionnels de la santé, et qu'elles leur avaient permis d'améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leur attitude relativement à la prestation de soins aux diabétiques. Les fournisseurs ont indiqué avoir noté un niveau accru de confiance, de communication et de partage de l'information.

Les résultats indiquent une amélioration des indicateurs cliniques. À Calgary, où le modèle était en place depuis plus longtemps, la diminution du taux d'A1c chez les patients était statistiquement notable – observation encore plus remarquable du fait que la région a adopté deux nouveaux logiciels durant la phase de mise en œuvre du projet. En Ontario, l'amélioration des taux d'A1c n'a pas d'incidence sur les statistiques. Compte tenu de l'expérience à Calgary, la tendance en Ontario laisse croire que les participants devraient aussi parvenir à réduire leur taux d'A1c lorsque le modèle aura été mieux rodé.

En Ontario, le partenariat entre le médecin de famille et le gestionnaire de soins à domicile a entraîné une augmentation de l'aiguillage vers le programme de soins à domicile. On n'a pas noté le même phénomène à Calgary puisque le modèle est en place depuis déjà plusieurs années. En Ontario, le personnel des CASC a indiqué que l'aiguillage par les médecins traduisait une meilleure compréhension des services de soutien de leurs patients. Les gestionnaires et les médecins ont affirmé avoir remarqué une plus grande collaboration et résolution de problèmes. Ils ont déclaré avoir pu faire des choix pour leurs patients du fait qu'ils étaient davantage sensibilisés à l'existence de ressources limitées et de services plus diversifiés.

## Recommandations

Les régions ciblées par le projet se sont engagées à continuer de travailler en partenariat et à utiliser la technologie de l'information. Il faudra apporter des changements aux programmes de soins à domicile pour assurer la poursuite des partenariats entre les gestionnaires de cas à domicile et les médecins dispensant des soins de santé primaires. Les programmes de soins à domicile devront continuer d'accroître leur capacité à servir un bassin plus important et plus diversifié de clientèle. L'Association canadienne de soins et services à domicile recommande :

- Que la gestion de cas s'inscrive dans une stratégie globale des soins de santé primaires au Canada. D'où l'importance d'accorder priorité à la participation du médecin et des partenaires des soins à domicile dans la planification des services de soins de santé. Il faut également qu'il y ait un engagement de fonctionner dans un cadre clinique où tous les intervenants de la santé assument la responsabilité des résultats cliniques.

- Que la gestion des maladies chroniques soit reconnue comme une responsabilité communautaire dans le cadre de laquelle les soins à domicile peuvent et doivent jouer un rôle indispensable. Il faut prévoir et des ressources et de la formation pour leur permettre d'assumer ce rôle.
- Que l'on consacre davantage de ressources et de temps de formation en vue de mettre sur pied des équipes et des partenariats en mesure de travailler de concert avec l'équipe de soins de santé primaires.
- Que l'on continue d'investir dans l'informatisation des dossiers médicaux et l'infotechnologie appliquée à la santé (et l'éducation du public) en insistant sur l'importance de ces outils. Il faut agir le plus rapidement possible dans ces domaines.
- Que les fournisseurs de soins de santé continuent d'accorder priorité à l'utilisation de formulaires et d'outils électroniques (y compris les algorithmes et les ensembles de données). Ces outils revêtent une importance cruciale en tant que lignes directrices de pratiques

exemplaires qui facilitent la normalisation et l'administration des soins dispensés aux patients/bénéficiaires, à titre individuel et collectif.

L'ACSSD vous remercie de l'intérêt que vous manifestez envers le rapport et son compte rendu sur le Projet de partenariat national. Comme nous l'avons précisé au début, le projet se voulait une démonstration et non un travail de recherche, une initiative entreprise grâce à Santé Canada et au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Nous avons voulu partager avec vous l'enthousiasme ressenti par les participants (tant les fournisseurs que les patients/bénéficiaires) face à l'expérience que leur a permis de vivre le projet. Nous espérons que d'autres administrations examineront ce que nous avons accompli, utiliseront l'information et les ressources que nous pouvons leur offrir et qu'elles entreprendront d'autres initiatives du genre adaptées à leurs propres besoins et circonstances.

## Les deux stratégies clés du changement :

- **Jumeler les gestionnaires de soins à domicile avec les médecins de famille en créant un partenariat officiel et structuré, et ainsi constituer des équipes de santé pouvant optimiser la prestation des soins aux patients/bénéficiaires.**
- **Élargir le rôle du secteur des soins à domicile dans le domaine de la gestion des pathologies chroniques afin qu'il puisse rejoindre un plus grand nombre de malades pour lesquels une intervention préventive améliorerait leur autonomie.**



# Plan d'action

## Une première feuille de route pour créer des partenariats entre les soins à domicile et les médecins de famille dans le cadre d'un modèle de gestion des maladies chroniques

Pour les lecteurs qui voudraient adopter des modèles semblables à ceux que nous avons utilisés, les « avantages percutants » décrivent les leçons précieuses que nous avons apprises en cours de route.

Les participants ont également cru qu'un bref survol des « meilleurs conseils » qu'ils donneraient à la suite de leur expérience serait un bon début pour les administrations qui songeraient à appliquer quelques-unes des idées qu'ils ont testées. Voici leurs conseils :

### La création de partenariats

- La structure du partenariat doit répondre aux besoins des partenaires : reconnaître la mission, les valeurs et les priorités des organismes partenaires est très important.
- Il faut de la patience pour atteindre le degré de collaboration que requiert un partenariat et établir un sentiment de confiance.
- Il faut prendre le temps au départ de convenir des rôles des partenaires, des mécanismes de communication, etc., (et reconnaître que certaines tâches peuvent être difficiles).
- Il pourrait être très utile de se livrer à des exercices de promotion du travail d'équipe au départ et de viser des victoires à court terme pour montrer aux partenaires les possibilités de leurs nouvelles méthodes de travail.
- Songez à l'impact que le partenariat pourrait avoir sur la charge de travail et l'acheminement du travail ainsi que sur le rôle des autres membres de l'équipe qui rayonnent autour des partenaires (par exemple le personnel du soutien administratif).
- Examinez l'impact que le partenariat peut avoir sur la question du remboursement des honoraires des médecins.
- Les partenaires doivent trouver le moyen de se rencontrer – le dialogue et la communication sont indispensables pour discuter du travail en clinique et des processus; les mécanismes de partage de l'information doivent toutefois demeurer simples et ne pas accroître la charge de travail.
- Des médecins prêts à jouer un rôle exemplaire et à apporter leur appui sont un atout précieux; sont aussi indispensables l'engagement et l'enthousiasme de la haute direction.

**Le redéploiement des gestionnaires de soins à domicile en vue de les jumeler avec des omnipraticiens est logique et peut se faire assez facilement et économiquement.**

## Le modèle de gestion des maladies chroniques

- Les partenaires doivent s'entendre sur les résultats cliniques spécifiques qu'ils visent chez les patients/bénéficiaires et sur les méthodes pour les mesurer.
- L'utilisation d'outils et de cheminements cliniques normalisés peut aider tous les intervenants à cibler le même objectif et assumer leur part des responsabilités; il faut être prêt à peaufiner et à revoir ces outils au besoin.
- Il faut écouter les patients pour apprendre comment les aider à se prendre à charge.
- Les partenaires doivent se concerter pour déterminer comment les autres fournisseurs de services de santé communautaires et les professionnels interagissent et s'intégreront au partenariat.
- Il faut consacrer du temps et des ressources à la formation afin que les partenaires acquièrent les connaissances et la confiance qu'ils auront besoin pour utiliser un modèle de gestion des maladies chroniques (y compris apprendre à utiliser des outils normalisés et des lignes directrices cliniques).

## Apporter des changements à la TI

- Les améliorations sont cumulatives et les avantages se manifestent dans bien des cas après une longue courbe d'apprentissage.
- Les résultats ne sont pas toujours conformes à la vision primitive.
- Alors que la TI peut permettre d'assurer de meilleurs soins et de meilleures communications, elle ne change pas les personnalités – une relation de confiance et d'excellentes communications demeurent des éléments de base très importants pour la prestation de soins concertés et le travail d'équipe.
- Il faut donner aux fournisseurs de soins de santé le temps et la formation nécessaires pour faire la transition vers les nouveaux systèmes de TI.

Pour des témoignages sur vidéo, des outils, des ressources et de l'information générale, consultez le site Web : [www.cdnhomecare.ca](http://www.cdnhomecare.ca)

**« J'aimerais que nos collègues dans d'autres régions ou provinces au pays s'engagent dans une initiative comme le projet [...] »**

**D<sup>r</sup> Richard Musto**, directeur médical général,  
Portefeuille communautaire du Sud-Est,  
Régie régionale de la santé de Calgary

« Non seulement le projet nous a permis d'être proactifs dans la prestation des soins à d'autres qu'à notre clientèle habituelle, mais il nous a offert la possibilité de nous occuper des clients avant même qu'ils soient inscrits dans le système des soins à domicile. Ce que nous faisons en réalité, c'est essayer de maintenir les gens en santé le plus longtemps possible. »

**Carol Slauenwhite**, spécialiste des soins de santé primaires,  
Régie régionale de la santé de Calgary

# Appendice A

## Remerciements



## Médecins partenaires en Ontario

### Réseau Santé familiale - Dorval

D<sup>r</sup> Corinne Breen                      D<sup>r</sup> Margaret H. Found  
D<sup>r</sup> Alexander Ginty                    D<sup>r</sup> Nancy Ku  
D<sup>r</sup> Jonathan Lapp                      D<sup>r</sup> George Southey, chef

### Applehills Medical Associates

D<sup>r</sup> Alex Borgiel                          D<sup>r</sup> Ted Nemtean  
D<sup>r</sup> James Miller                        D<sup>r</sup> Alaisdair Mackintosh  
D<sup>r</sup> Michael Gitterman  
D<sup>r</sup> Don Collins-Williams, chef

### Groupe Santé familiale - Trillium

D<sup>r</sup> Victoria Chen                        D<sup>r</sup> Cheryl Hewitt  
D<sup>r</sup> June Kingston, chef                D<sup>r</sup> Rhonda Wilansky

## Dirigeants principaux en Ontario

### Centre d'accès aux soins communautaires de Halton

Sandra Henderson, directrice générale  
Cathy Hecimovich, directrice, Services à la clientèle  
Carmen Harvey, directrice, Services corporatifs

### Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

Robert Morton, directeur général sortant  
Ann Boucher, directrice générale  
Joan MacIntosh, directrice, Services à la clientèle  
Clara Secnik, directrice, Services corporatifs

## Ontario

### Centre d'accès aux soins communautaires de Halton

Brad Thornborrow, directeur, Systèmes d'information

### Centre d'accès aux soins communautaires de Peel

Liz Churchill, directrice, Systèmes administratifs  
Igor Orel, directeur, Technologie de l'information

## Partenaires du projet

Karen Parent, Workflow Integrity Network  
Michele Jordan, Services de consultations commerciales d'IBM  
Beena Tharakan, Services de consultations commerciales d'IBM

## Entrepreneurs en TI

Dennis Rankin, IT Consultant  
Frank Scarpino, Solution Alternatives  
Wendy Landree, Sierra Systems

## Conseil consultatif du projet

D<sup>r</sup> Murray Nixon, président du Conseil consultatif, et président sortant et membre du conseil d'administration de l'Association canadienne de soins et services à domicile

D<sup>r</sup> Jim Armstrong, p.-d.g., Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

D<sup>r</sup> Jeanne Besner, directrice des initiatives en soins infirmiers et en santé, Régie régionale de la santé de Calgary

Jan Kasperski, directrice générale et p.-d.g., Collège des médecins de famille de l'Ontario

Viven Lai, cadre supérieur, conseillère principale en politiques, Santé et Mieux-être Alberta

D<sup>r</sup> John Maxted, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé, Collège des médecins de famille du Canada

Vida Vaitonis, directrice, Direction des soins à domicile et du soutien communautaire, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

D<sup>r</sup> Peter Coyte, professeur et président des services de santé de la FCRSS et des IRSC, Université de Toronto

D<sup>r</sup> June Bergman, professeure adjointe en médecine familiale, Université de Calgary

Simone Comeau-Geddry, présidente, Cambridge Consultants

**Nous vous invitons à examiner  
notre expérience et à vous en  
servir comme point d'appui...**

**[www.cdnhomecare.ca](http://www.cdnhomecare.ca)**

# Appendice B

Objectifs et  
modèle logique



# Appendice B

## Objectifs

Les résultats du projet ont été mesurés aux objectifs suivants :

### Objectifs du Projet de partenariat national

#### Objectifs des patients/fournisseurs

- 1 Accès accru à la gestion de cas pour les soins de santé primaires (SSP) et les soins à domicile
- 2 Meilleure collaboration entre les patients/bénéficiaires et les fournisseurs
- 3 Amélioration de l'hygiène de vie (promotion de la santé, prévention des maladies, prise en charge) et état de santé
- 4 Satisfaction accrue des patients/bénéficiaires
- 5 Diminution de l'utilisation inutile de services institutionnels

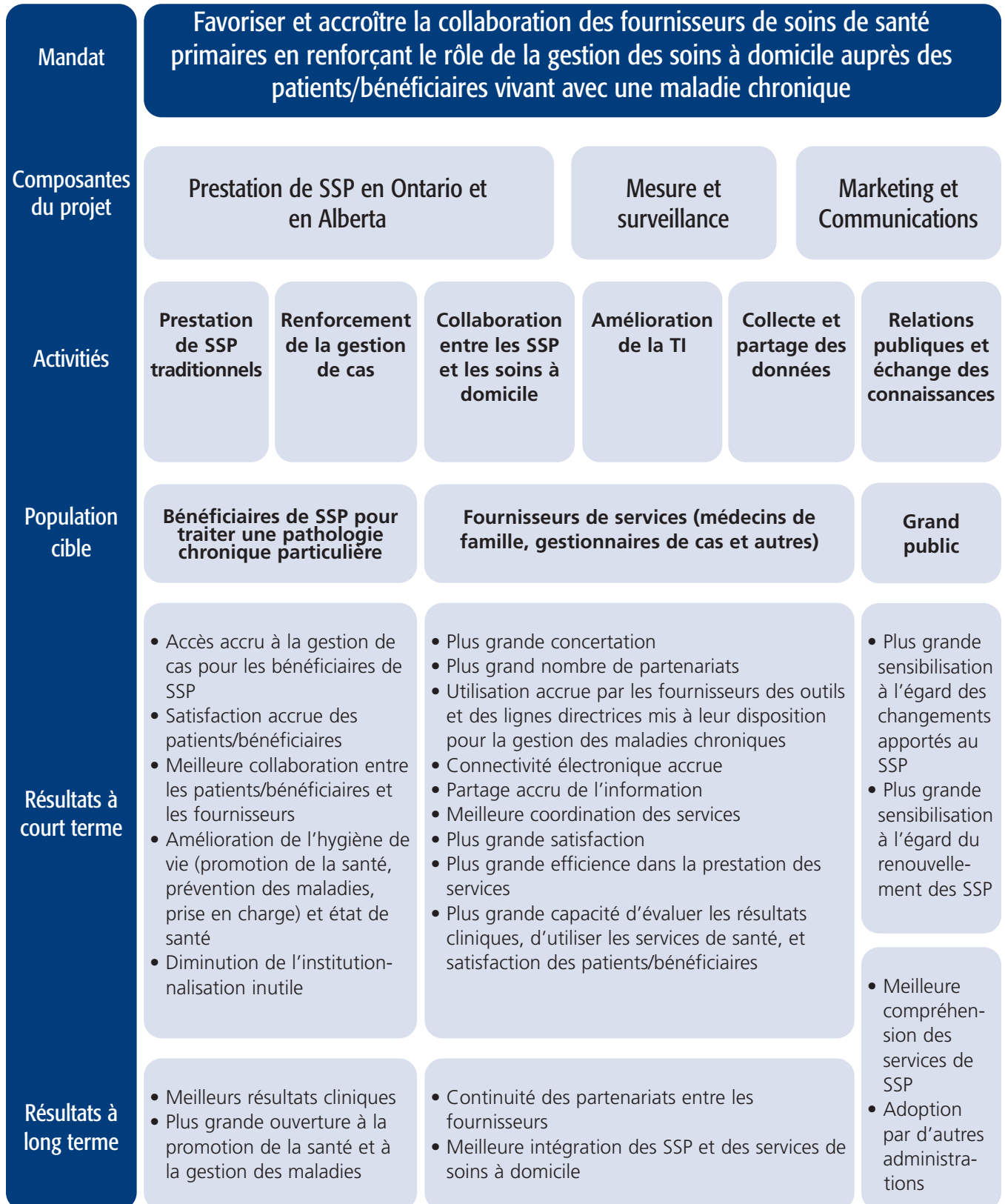
#### Objectifs des fournisseurs

- 6 Formation d'un partenariat de fournisseurs
- 7 Plus grande concertation entre les fournisseurs
- 8 Utilisation accrue par les fournisseurs des outils et des lignes directrices mis à leur disposition pour la gestion des maladies chroniques
- 9 Connectivité accrue parmi les fournisseurs
- 10 Partage accrue de l'information entre les fournisseurs
- 11 Meilleure coordination des services
- 12 Plus grande satisfaction des fournisseurs
- 13 Plus grande efficacité dans la prestation des services
- 14 Plus grande capacité d'évaluer les résultats cliniques, d'utiliser les services de santé, et satisfaction des patients/bénéficiaires

#### Objectifs de la population

- 15 Plus grande sensibilisation du public et des intervenants au sujet des changements dans les services de santé

# Modèle logique



**Nous vous invitons à examiner  
notre expérience et à vous en  
servir comme point d'appui...**

**[www.cdnhomecare.ca](http://www.cdnhomecare.ca)**

# Appendice C

Notes de fin de texte

# Appendice C

## Notes de fin de texte

<sup>1</sup> Comme l'a révélé un récent sondage mené par la Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, beaucoup de Canadiens ne sont pas sûrs de ce qu'on entend par « soins de santé primaires ». La Stratégie elle-même a pour objet de dissiper cette confusion. Dans sa propre « fiche d'information sur les soins de santé primaire », elle reconnaît qu'il est impossible d'établir une définition simple des soins de santé sur laquelle tout le monde s'entende, mais qu'il s'agit des soins de base quotidiens offerts à la population canadienne qui s'appuient sur plusieurs principes fondamentaux : des modes de vie sains (qui englobent la prévention et la prise en charge), le travail d'équipe, l'accès aux services 24 heures sur 24 et un meilleur partage de l'information entre les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'un accès accru à l'information pour les Canadiens (en utilisant des outils comme des systèmes et des dossiers médicaux informatisés). Le Projet de partenariat national s'appuie lui-même (comme il convient pour un projet du Fonds de transition pour les soins de santé primaires) sur bon nombre de ces principes. Pour plus de renseignements sur la Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, voir [www.phc-ssp.ca](http://www.phc-ssp.ca)

<sup>2</sup> À notre avis, il est important de souligner à ce moment-ci que dans son deuxième rapport annuel (publié en février 2006) sur la situation générale des soins de santé auxquels ont accès les Canadiens, le Conseil canadien de la santé a cité les soins de santé primaires et les soins à domicile comme étant deux des cinq priorités nécessitant une action prioritaire pour améliorer l'accès des Canadiens à des soins de santé de première qualité. Fait intéressant, le rapport met aussi l'accent sur beaucoup d'autres recommandations qui rejoignent les réalisations du Projet de partenariat national, telles que :

- L'accélération de l'implantation d'équipes interprofessionnelles de soins primaires
- L'utilisation accrue des dossiers médicaux informatisés et des technologies
- L'importance de permettre aux professionnels de la santé de réaliser leur plein potentiel
- L'élargissement de la gamme des services de soins à domicile pour pouvoir aider les personnes vivant avec une pathologie chronique
- L'adoption de la formule du travail d'équipe pour la gestion des pathologies chroniques en utilisant des outils normalisés.

Pour plus de renseignements sur le rapport du Conseil canadien de la santé, voir [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca).

<sup>3</sup> La version intégrale du « Rapport d'évaluation final » du projet, préparée par les services de consultations commerciales d'IBM, est une longue analyse de la démarche et est disponible sur demande par voie électronique.

<sup>4</sup> Le projet, financé en vertu d'une entente entre l'ACSSD et Santé Canada, visait avant tout à promouvoir les initiatives du secteur des soins de santé primaires. Il s'agissait de travailler dans un milieu réel plutôt qu'un milieu assujéti aux procédés de contrôle de travaux de recherche. L'indicateur clinique principal était les taux d'A1c chez les patients/bénéficiaires durant le projet

<sup>5</sup> Les programmes interdisciplinaires de gestion du diabète sont un exemple particulièrement pertinent d'une telle approche à la lumière de l'accent mis sur le diabète.

<sup>6</sup> Aux fins du rapport, les « fournisseurs » s'entendent des gestionnaires de cas de soins à domicile et des médecins qui ont été les fournisseurs ayant joué un rôle clé dans le projet. Les autres fournisseurs de soins de santé sont mentionnés en fonction de leur discipline.

<sup>7</sup> Clarke, J et al. : Evaluation of a Comprehensive Diabetes Disease Management Program: Progress in the Struggle for Sustained Behavior Change. *Disease Management*. Volume 5, n°2, 2002.

<sup>8</sup> Un document ou un fichier dont la disposition est prédéterminée à partir d'une application particulière afin d'éviter d'avoir à recommencer chaque fois qu'il est utilisé.

<sup>9</sup> Le diabète est l'une des pathologies pour laquelle nous disposons de documentation appuyant l'hypothèse que la prise en charge comme modèle d'intervention peut en elle-même influencer sur l'état de santé des patients/bénéficiaires. Norris et coll. (2002) : The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes – A Systematic Review; The California Med-Cal Type 2 Diabetes Study, janvier 2004.

<sup>10</sup> Le test d'A1c (test d'hémoglobine A1c, d'hémoglobine glycosylée A1c, d'hémoglobine glyquée A1c) est un test de laboratoire qui révèle le taux de glycémie sur une période de deux ou trois mois. Il mesure l'importance de la quantité de molécules de glucose fixées à l'hémoglobine, une substance que l'on retrouve dans les globules rouges.

<sup>11</sup> Ryan, EA, Todd, KR, Estey, A, Cook, B, Pick, M : Diabetes Education Evaluation: A Prospective Outcome Study. *Canadian Journal of Diabetes*. Juin 2002; 26: 113-119.

<sup>12</sup> Norris, S et coll. The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 22(4S), 2002, p. 5.

<sup>13</sup> Même si les analyses fonctionnelles (AF) ne duraient qu'une semaine chaque fois qu'elles étaient menées, elles étaient utiles pour les programmes de soins à domicile du fait qu'elles permettaient de déterminer s'il y avait lieu de réaménager les activités des gestionnaires de cas/CSC; on ne peut toutefois faire entièrement confiance aux données pour tirer des conclusions statistiques au sujet du temps que consacre le gestionnaire de cas/CSC à des activités spécifiques (vu l'absence d'index de la charge de travail). Qu'à cela ne tienne, les tendances générales relevées par les AF, dans la perspective du projet, étaient appréciables et concluantes.

<sup>14</sup> Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, hiver 1997, Vol. 9, n° 3.

<sup>15</sup> Les sondages se sont limités aux participants en Ontario parce que les patients/bénéficiaires à Calgary, ayant déjà participé à un modèle de partenariat (Projet du Fonds pour l'innovation de la santé n° 307), ne percevraient pas nécessairement de changements radicaux dans la prestation de soins. En revanche, lorsque ces patients/bénéficiaires furent interviewés dans le cadre de l'initiative précédente menée à Calgary, leurs réponses rejoignaient essentiellement celles des patients/bénéficiaires en Ontario.

<sup>16</sup> Dans un article paru dans *Clinical Diabetes* (24:6-8, 2006) en janvier 2006, le chercheur D<sup>r</sup> A. M. Delamater affirme : « En tant qu'exemple idéal de contrôle du diabète, le test [d'A1c] représente une importante source d'information pour les professionnels de la santé et les patients. D'où l'importance pour le patient de le comprendre et d'être conscient des conséquences des risques à long terme pour la santé. » Selon Delemater, relativement peu d'études ont examiné le degré de connaissance et de compréhension par le diabétique du test d'A1c. L'étude du D<sup>r</sup> Delamater conclut : « La majorité des patients ne comprennent pas le test et ne sont pas au courant des derniers résultats. Les cliniciens pourraient l'utiliser lors d'une consultation en clinique pour susciter l'intérêt des patients, discuter de leurs objectifs glycémiques et travailler avec eux afin d'améliorer la prise en charge de leur pathologie. »

<sup>17</sup> Beckley, ET: Knowing A1c Goal Begets Better Control. *DOC News*, 1<sup>er</sup> septembre 2005, Vol 2, numéro 9, p. 7.

<sup>18</sup> [<http://www.diabetes.ca/cpg2003/chapters.aspx>] Gilmer TP, O'Conner PJ, Manning WG, Rush WA: The cost to health plans of poor glycaemic control. *Diabetes Care* 20:1847–1853, 1997

<sup>19</sup> Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, hiver 1997, Vol. 9, no 3

<sup>20</sup> Voir note 15.

<sup>21</sup> Wagner, E et coll. "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action; Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care." The People-To-People Health Foundation, Inc., Health Affairs. 2001

<sup>22</sup> Voir : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/intex\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/intex_e.html)

<sup>23</sup> Propos de la présidente-directrice générale de Capital Health en Alberta, Sheila Weatherill, recueillis le 15 février 2006 lors de l'ouverture d'une conférence exceptionnelle sur les soins de santé primaires à Edmonton. Voir [www.capitalhealth.ca](http://www.capitalhealth.ca)

<sup>24</sup> Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, *Soins de santé au Canada 2005*, p. 78.

<sup>25</sup> Voir note 13.

<sup>26</sup> Powell, Suzanne K., *Advanced Case Management – Outcomes and Beyond*, p. 3.

<sup>27</sup> National Academy of Social Insurance, *Medicare in the 21<sup>st</sup> Century : Building a Better Chronic Care System*, janvier 2003.

<sup>28</sup> [http://www.chronicdiseaseprevention.ca/content/case\\_for\\_change/case\\_for\\_change.asp](http://www.chronicdiseaseprevention.ca/content/case_for_change/case_for_change.asp)

<sup>29</sup> Gilmer TP, O'Conner PJ, Manning WG, Rush WA: The cost to health plans of poor glycemetic control. *Diabetes Care* 20:1847–1853, 1997 et Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC: *Effect of improved glycemetic control on health care costs and utilization*. *JAMA* 285:182–189, 2001.

<sup>30</sup> Voir note 15.

<sup>31</sup> À Calgary, par exemple, les fournisseurs appartenant à d'autres disciplines étaient considérés comme des membres ponctuels du partenariat et non entièrement intégrés à l'équipe; en outre, les CSC avaient la responsabilité d'assurer la liaison et les médecins interagissaient rarement avec ces autres fournisseurs (les médecins ayant précisé qu'ils préféraient une seule voie de communication). En Ontario, les médecins et les gestionnaires de cas ont souligné que le Centre d'éducation pour diabétiques n'était pas entièrement intégré à l'équipe. Les gestionnaires de cas ont indiqué qu'ils aimeraient que le Centre et les autres fournisseurs soient mieux intégrés à l'équipe. Dans les deux régions, le temps consacré à l'éducation des fournisseurs de services aux premiers stades de mise en œuvre du projet a été considérable, mais a donné des résultats très encourageants.

<sup>32</sup> À Calgary, le programme de bien vivre avec une maladie chronique fait partie intégrante de la gestion des maladies chroniques. Les centres de bien vivre offre des programmes d'exercices communautaires, d'éducation et des cours d'auto-administration des soins afin d'accroître la capacité des personnes vivant avec une maladie chronique à maintenir ou à améliorer leur qualité de vie et à gérer leur maladie chronique. L'infrastructure du programme repose sur l'effort concerté de divers groupes communautaires. Tant en Alberta qu'en Ontario, les centres d'éducation pour diabétiques jouent un rôle très important dans la gestion du diabète.

<sup>33</sup> En Ontario, les résultats n'ont pas été aussi encourageants qu'à Calgary, ce qui est compréhensible puisqu'ils sont récents et que la mise en œuvre de la TI a pris plus de temps que prévu.

<sup>34</sup> L'expression « pratique exemplaire » s'entend de traitements médicaux à la fine pointe de la technologie ayant été administrés de la façon la plus efficiente et efficace.

<sup>35</sup> Même si l'échéancier du projet était trop court pour en faire la démonstration – par exemple, le sondage mené auprès des patients/bénéficiaires en Ontario a révélé qu'aucun de ces derniers n'avait été hospitalisé pour une raison liée à leur diabète – de nombreuses autres évaluations de programmes de santé ont cité une diminution du nombre d'hospitalisations et d'utilisation des services d'urgence à la suite d'une meilleure coordination et d'un meilleur accès aux services communautaires. Voir, par exemple, une étude où un projet pilote de gestion de cas a été mené avec succès au Castlefields Health Centre in Runcorn, Cheshire (UK) – [www.hda-online.org.uk/hdt/1101/local.html](http://www.hda-online.org.uk/hdt/1101/local.html); et une évaluation de 1997 du programme « Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly (CHOICE) » à Edmonton – auquel il est fait référence dans le modèle CACHET (Coordinated, Accessible Community Health care for Elders in Toronto), décembre 2004.

<sup>36</sup> Hurst, K., Ford, J., Gleeson, C., Evaluating self-managed community teams. *Journal of Management in Medicine*. 2002, vol. 16(6), p. 463-483

<sup>37</sup> Wagner, E et al. « Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action; Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care ». The People-To-People Health Foundation, Inc., Health Affairs. 2001

<sup>38</sup> Wagner, E et al. : Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action; Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. The People-To-People Health Foundation, Inc. Health Affairs. 2001.

<sup>39</sup> Par exemple, il a été démontré que l'implantation d'un système de données électroniques centralisé qui améliore la communication de l'information à tous les membres d'une équipe améliore l'efficacité des soins dispensés aux diabétiques. Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2003.

<sup>40</sup> Voir note 15.

<sup>41</sup> Voir note 13.

<sup>42</sup> Tendance particulièrement encourageante à Calgary compte tenu de la relation qui existait déjà au moment du lancement du projet. En Ontario (où l'on n'avait jamais fait l'expérience d'un partenariat) le temps consacré par le gestionnaire de cas avec les médecins a augmenté sensiblement dès le début du projet (une fois les liens établis), puis a diminué quelque peu à la Phase 2 (alors que certains gestionnaires passaient davantage de temps avec l'infirmière suivant les différents moyens de communication adoptés par les partenaires).

<sup>43</sup> Par exemple, l'outil informatisé RAI-HC (Resident Assessment System for Home Care) qu'on utilise maintenant.

<sup>44</sup> Norris et coll., op. cit.

<sup>45</sup> L'Association canadienne de soins et services à domicile a en fait organisé une table ronde sur invitation à ce sujet en mars 2005 et a examiné les principes fondamentaux, les éléments clés, les compétences et les résultats de la gestion de cas ainsi que ses résultats, et a formulé une série de recommandations. Pour une copie du compte rendu de cette table ronde, voir : [http://www.cdnhomecare.ca/reports\\_potition.php](http://www.cdnhomecare.ca/reports_potition.php)

<sup>46</sup> Voir note 15.

<sup>47</sup> Voir note 13.

<sup>48</sup> *How the Chronic Care Model Has Been Operationalized in the Calgary Health Region*. Présentation par les docteurs Sandra Delon et Peter Sargious. Action Centre 2004.



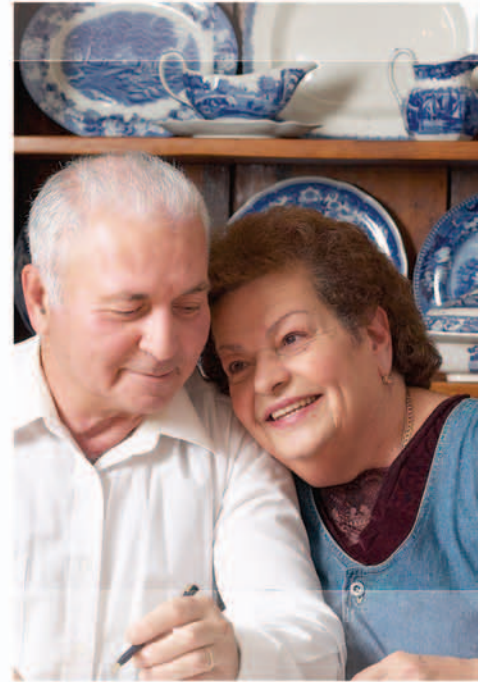
<sup>49</sup> Borrill et coll. : The Effectiveness of Health Care Teams In the National Health Service, 2000.

<sup>50</sup> Norris et coll., op. cit.

<sup>51</sup> Par exemple, une étude historique menée sur un groupe de personnes a constaté qu'une réduction soutenue des taux d'A1c chez les diabétiques adultes est associée à une réduction considérable des coûts de santé au cours des première et deuxième années d'amélioration. Voir Wagner, Sandhu et coll., op. cit.

<sup>52</sup> Voir note 13.

<sup>53</sup> Le temps consacré aux tâches administratives a en fait augmenté à Calgary en raison des nouveaux moyens de communication utilisés par les CSC avec leur clientèle et du réglage du nouveau système Soprano; on s'attendait à une diminution rapide du temps que l'on consacrerait aux tâches administratives.



Canadian Home Care  
Association  
canadienne de soins  
et services à domicile

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