



Canadian Foundation for **Healthcare Improvement**

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

Projet collaboratif de mise à l'échelle INSPIRED

rapport d'évaluation final

juillet 2021



CONTENU

INTRODUCTION	3
RÉSULTATS DU PROJET COLLABORATIF	4
RÉSULTATS DES ÉQUIPES	7
Services de santé Alberta (zone d'Edmonton), Alberta	8
Office régional de la santé d'Entre-les-lacs et de l'Est, Santé Prairie Mountain et Office régional de la santé de Winnipeg, Manitoba	9
Réseau de santé Horizon, Nouveau-Brunswick	10
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse	11
Hôpital Joseph Brant et Caroline Family Health Team, Burlington (Ontario)	12
Santé Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard	13
IMPLANTATION DES PRINCIPALES COMPOSANTES DU PROGRAMME INSPIRÉ DE SENSIBILISATION À LA MPOCMC, PAR ÉQUIPES	14
CONCLUSION	15

À propos de la FCASS

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (maintenant Excellence en santé Canada) est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. ESC recense des innovations éprouvées et accélère leur diffusion partout au Canada en soutenant les organismes de santé dans l'adaptation, la mise en œuvre et l'évaluation de l'amélioration des soins, de la santé de la population et de l'optimisation des ressources. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.



INTRODUCTION

Le programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOCMC est un modèle de transition des soins lors du retour à la maison conçu pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) de gravité modérée à élevée. Son nom vient de l'anglais *Implementing a Novel and Supportive Program of Individualized care for patients and families living with Respiratory Disease (INSPIRED)*, qui signifie « mettre en œuvre un programme novateur de soutien visant les soins personnalisés pour les patients atteints d'une maladie respiratoire et leur famille. » Il fournit aux patients atteints d'une MPOC et à leurs proches l'information, les outils et le soutien nécessaires pour faciliter la prise en charge de la maladie à domicile.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (maintenant Excellence en santé Canada) a exécuté deux projets collaboratifs visant à diffuser et à mettre à l'échelle des programmes inspirés du modèle INSPIRED partout au pays.

projet collaboratif de diffusion INSPIRED

Dans le cadre du projet collaboratif de diffusion INSPIRED (2014-2015), le programme a été diffusé dans chaque province par 19 équipes d'organismes de santé. L'implantation a engendré une amélioration des services de santé au niveau micro, en modifiant les procédures de traitement de la MPOC, et au niveau méso, en modifiant le modèle de soins de la MPOC de stade intermédiaire à avancé.

projet collaboratif de mise à l'échelle INSPIRED

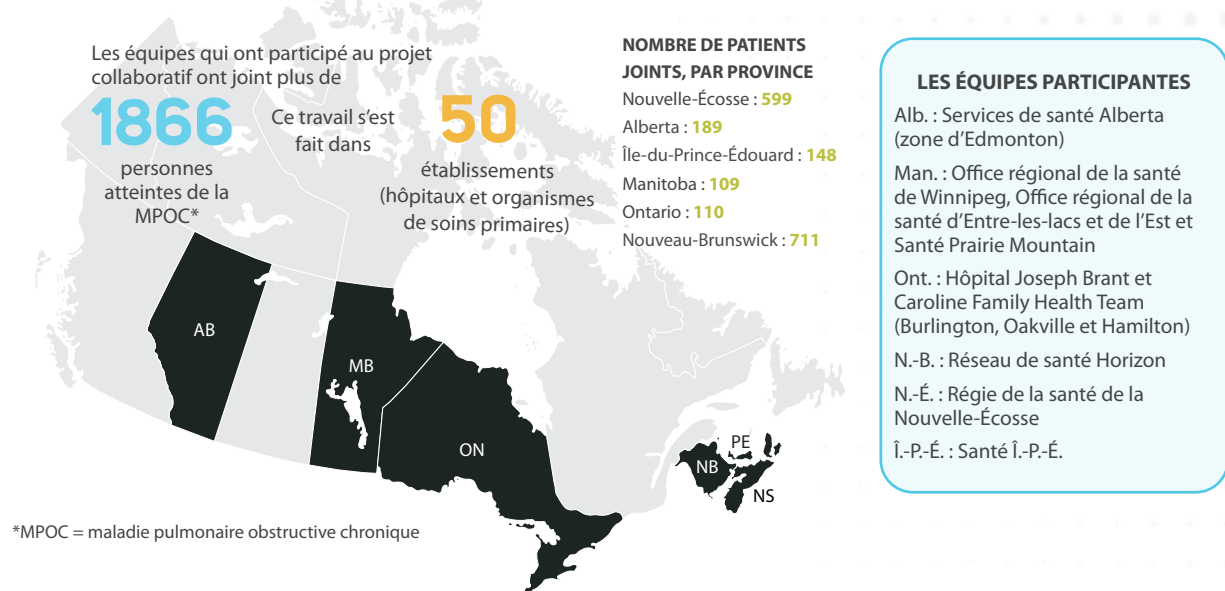
Quant au projet collaboratif de mise à l'échelle INSPIRED (2017-2019), il a aidé six équipes du projet de diffusion à élargir leurs programmes inspirés du modèle INSPIRED qui ont amené des améliorations afin qu'ils atteignent plus de patients, de prestataires et d'organismes de leur région respective.

Le projet collaboratif de mise à l'échelle INSPIRED avait pour but d'assister les organismes de santé dans le repérage des patients qui pourraient bénéficier du modèle et dans l'établissement d'un contact avec l'ensemble d'entre eux. Son autre objectif était que tous les prestataires appelés à appliquer le modèle aient les capacités et les compétences pour le faire. La mise à l'échelle était conçue de sorte que les patients atteints d'une MPOC avancée et leur famille aient un accès plus équitable à des soins de meilleure qualité. Au niveau macro, le projet était une occasion d'amplifier le changement et de favoriser la transformation du système de santé.

RÉSULTATS DU PROJET COLLABORATIF

Ensemble, les six équipes qui ont participé au projet collaboratif de mise à l'échelle INSPIRED ont joint 1 866 personnes atteintes de la MPOC dans plus de 50 hôpitaux et organismes de soins primaires.

Soins de la MPOC – Mise à l'échelle des approches INSPIRED



Leçons tirées de la mise à l'échelle d'innovations

- » Il est apparu clairement que **la mise à l'échelle et la diffusion d'une innovation commandent des stratégies différentes**. Par exemple, le recours aux solutions de rechange habituelles s'est beaucoup compliqué avec l'augmentation du nombre de patients.
- » Les équipes ont pris conscience des problèmes dans le système et ses politiques qui se répercutent sur leurs programmes.
 - » Facilitateurs de changement : Financement remis à du personnel dédié, temps réservé à la mise au point du programme, augmentation de l'efficacité de gestion des maladies chroniques par l'amélioration de l'infrastructure de soins primaires, alignement du modèle INSPIRED sur les priorités gouvernementales ou régionales, etc.
 - » Obstacles au changement : Difficultés en lien avec l'infrastructure et l'intégration des technologies de la santé, différences dans les mécanismes de reddition de comptes, pépins avec les modèles de financement, etc.
- » **À mesure que le programme s'élargissait sur le plan du nombre de patients et de prestataires, les équipes se sont éloignées des champions de la première heure, favorisant une résistance au changement**. Leur capacité à nouer des partenariats tout au long du processus a cependant atténué une part de cette résistance.



Leçons tirées des tables rondes régionales

La FCASS (maintenant ESC) a tenu quatre tables rondes régionales à l'automne 2018, en partenariat avec Boehringer Ingelheim (Canada). Ces événements ont réuni 225 participants représentant 62 organismes, dont des membres d'équipes du projet de mise à l'échelle et d'autres parties prenantes de diverses provinces : Ontario, Alberta, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Manitoba.

Les échanges ont mis en lumière des thèmes, des facilitateurs et des obstacles récurrents en lien avec la mise à l'échelle :

Participation des patients, des familles et des proches aidants

Les patients et les proches aidants ont insisté sur la nécessité de fournir du soutien continu et des ressources aux patients et aux familles non seulement pour la prise en charge de la maladie, mais aussi l'orientation au sein du système.

Ressources adéquates

Il faut spécialement une main-d'œuvre qualifiée pour appliquer les modèles de soins inspirés de celui d'INSPIRED (surtout en région rurale). Les participants ont aussi mentionné le manque de spiromètres et l'insuffisance des programmes d'appui, notamment pour la réadaptation pulmonaire.

Adaptation

Les programmes des équipes participantes reposaient sur le programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOCMC de la Nouvelle-Écosse. Or, la poursuite des objectifs de mise à l'échelle a demandé des adaptations locales, reflétant la nécessité d'utiliser les ressources disponibles ou d'intégrer le programme à d'autres secteurs de la santé, comme les soins primaires.

Efficience dans l'utilisation des ressources

Plusieurs équipes ont préféré changer la vocation de programmes et de ressources existants plutôt que partir de zéro (comme affecter des infirmières spécialistes des maladies chroniques déjà employées à l'exécution du programme, ou utiliser le même espace ou les mêmes ressources que d'autres programmes de gestion des maladies chroniques).



Intégration des services

Les obstacles à la communication intersectorielle, l'indépendance des cycles budgétaires et de planification et l'amélioration nécessaire de la prise en charge des comorbidités et de l'intégration des programmes de gestion des maladies chroniques font partie des défis cités.

Changement de culture

Les équipes ont admis leur difficulté à s'adapter, entre les prestataires champions de la première heure et les personnes demandant d'être convaincues, et à faire en sorte que les prestataires axent davantage leur travail sur la prévention plutôt que les soins de courte durée. La mise à l'échelle a avancé lentement dans certains nouveaux établissements compte tenu du temps nécessaire pour mettre les programmes en place, former le personnel, mobiliser les prestataires et opérer un changement de culture.

Participation des médecins

Il s'est avéré difficile de motiver les médecins à participer (notamment pour des questions de rémunération et de codes de frais), de même que de veiller à l'application uniforme de toutes les composantes et interventions du programme.

Collecte et gestion des données

Parmi les points de préoccupation soulevés, notons la sélection des variables à mesurer, la lourdeur potentiellement excessive des processus de collecte, l'évaluation de résultats pertinents pour les patients et les médecins, et l'uniformité intersectorielle dans les données recueillies quand il y a plus d'un système en place et que les établissements n'ont pas les mêmes critères d'inclusion au programme.

Réduction de la stigmatisation

Beaucoup de participants ont dit qu'il fallait parler de la stigmatisation liée à la MPOC et lutter contre le phénomène.



RÉSULTATS DES ÉQUIPES

Les équipes ont recueilli de l'information sur le taux d'hospitalisation, ainsi que sur le taux de visites en services d'urgence (SU), le cas échéant. ESC et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont analysé les données administratives liées aux patients enrôlés identifiés par chaque équipe. Pour chaque équipe, les deux organismes ont calculé les résultats des patients du programme INSPIRED pour l'année précédant et pour l'année suivant leur date de référence (date de la visite à domicile ou du congé de l'hôpital). Ils ont établi le nombre d'hospitalisations dues à la MPOC et toutes causes confondues (les hospitalisations pour tous les motifs dont la MPOC) sur des périodes de 30, 90, 180 et 365 jours précédant et suivant la date de référence.

Pour renforcer la rigueur des calculs et de l'évaluation du projet collaboratif, et tenir compte de la conception pré/post étude et son biais potentiel vers une réduction des hospitalisations, l'ICIS a eu recours à des témoins appariés. Il a comparé le taux de visites après le congé et le taux de visites en SU des patients participant à INSPIRED à ceux de patients aussi atteints de la MPOC qui avaient un profil comparable, mais qui ne faisaient pas partie du programme (les témoins appariés). Les patients du programme ont connu, dans toutes les régions, une baisse des hospitalisations : les hospitalisations toutes causes confondues ont diminué de l'ordre de 4 % à 56 %, et les hospitalisations dues à la MPOC, de 11 % à 69 %. Par contre, chez le groupe témoin, la baisse était encore plus importante : elle variait entre 50 % et 67 % pour les hospitalisations toutes causes confondues, et entre 50 % et 73 % pour les hospitalisations dues à la MPOC.

Bien que cette méthode soit la mieux appropriée pour ce genre d'analyses, elle comporte certaines limites qui pourraient affecter ces résultats, notamment :

La sélection des témoins appariés comporte des limites.

Comme l'ICIS n'avait pas accès aux scores du MRC1, et comme la confirmation du diagnostic de MPOC n'a pas été réalisée à l'aide de tests pulmonaires fonctionnels ou de spirométrie, il s'est servi de l'utilisation des services hospitaliers et d'un profil similaire d'utilisation des services toutes causes confondues l'année passée comme indication de la gravité de la maladie. De plus, le groupe témoin pourrait comprendre des patients qui n'ont pas été jugés admissibles au programme.

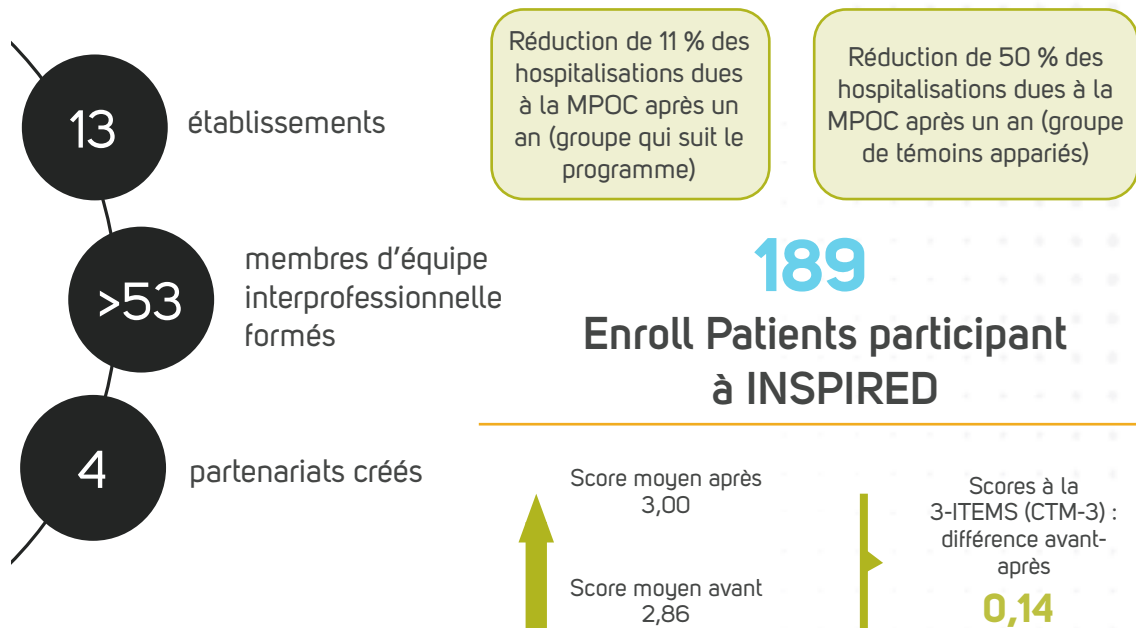
Le groupe témoin comptait des patients qui fréquentent les mêmes hôpitaux que des patients du programme.

Les témoins pourraient donc avoir profité des améliorations apportées par l'implantation du modèle INSPIRED dans l'établissement, comme l'approfondissement de la connaissance de la maladie qu'ont les prestataires de soins de santé et l'application de certains protocoles du programme à tous les patients, participant ou non.

Pour déterminer l'opinion des patients sur le retour à la maison, les équipes ont fait un sondage en trois questions appelé Mesure d'adaptation des soins^{MC} (3-ITEMS), ou CTM-3 en anglais. Plus le score obtenu à ce sondage est élevé, plus le patient est satisfait du processus de transition ou, pour les soins primaires, des soins reçus avant et après son recrutement dans le programme INSPIRED. Toutes les équipes ont fait état d'une amélioration des scores.

¹ On parle ici des scores sur l'échelle de dyspnée du Medical Research Council (MRC), le conseil de recherche médicale du Royaume-Uni. Cette échelle mesure l'effet de l'essoufflement sur les activités quotidiennes.

Services de santé Alberta (zone d'Edmonton), Alberta



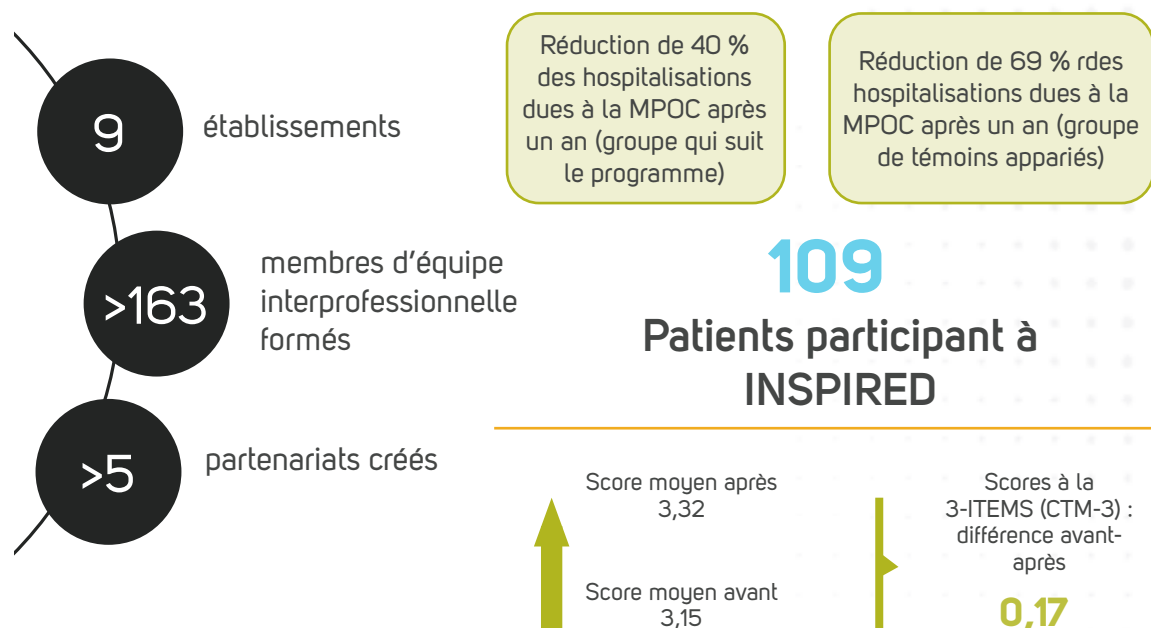
Principales réussites

- » L'amélioration des partenariats sur l'ensemble du continuum.
- » L'exécution de toutes les composantes du programme : enseignement de l'auto-prise en charge (100 %), planification des interventions (45 %), accès à une ligne d'assistance (82 %), planification préalable des soins (48 %), accès à du soutien psychosocial (82 %).
- » L'adaptation et l'application faciles du modèle INSPIRED aux patients atteints d'autres maladies chroniques.

Principaux apprentissages

- » Une plus grande part de la population cible pourrait être trouvée et recrutée, la prestation de soins à domicile augmente la participation, et le taux d'attrition est substantiel.
- » Il faut clarifier l'établissement des priorités et l'attribution des responsabilités pour les éléments clés de la mise à l'échelle et de la diffusion.
- » L'analyse démographique du groupe de participants révèle que celui-ci ne correspondait pas à ce qui était attendu.

Office régional de la santé d'Entre-les-lacs et de l'Est, Santé Prairie Mountain et Office régional de la santé de Winnipeg, Manitoba



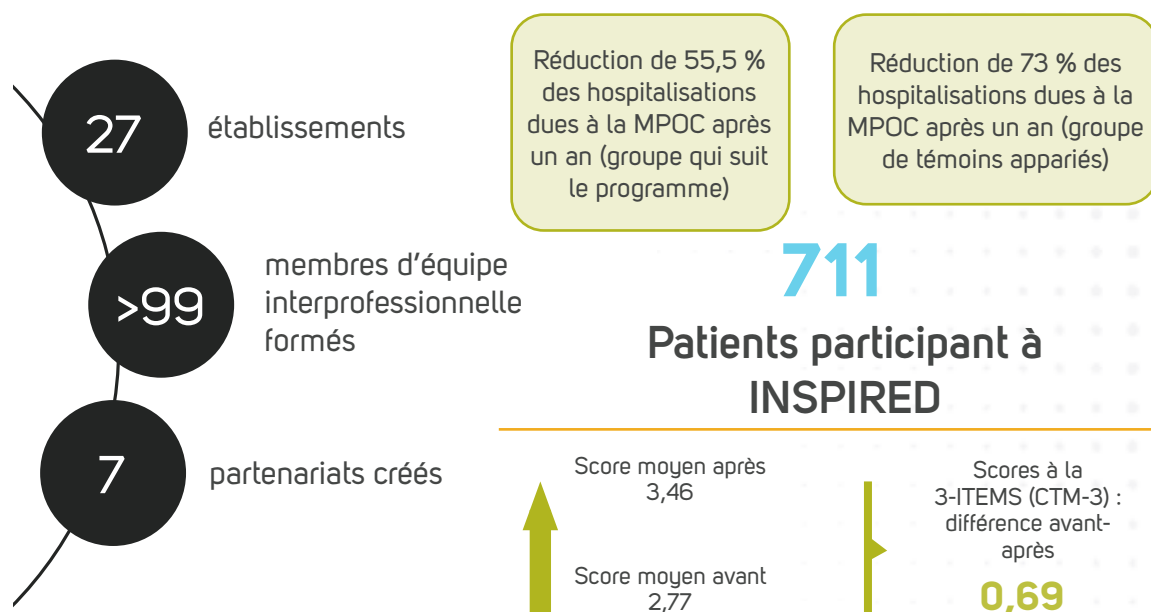
Principales réussites

- » L'atteinte d'une vision provinciale commune.
- » Le groupe consultatif provincial de patients et de proches aidants.
- » Le décloisonnement et la formation de relations avec les acteurs clés de la province, avec la collaboration interprofessionnelle entre les établissements et les régions.
- » L'augmentation du nombre de patients qui reçoivent de meilleurs soins.

Principaux apprentissages

- » La refonte du système demande beaucoup de temps, mais est plus durable et crée des infrastructures qui peuvent servir pour d'autres patients ayant des maladies chroniques ou complexes.
- » Quelques surprises : le petit nombre de procédures officielles, le nombre d'intervenants dans les soins, la motivation de l'équipe interprofessionnelle dans la recherche d'améliorations, et la difficulté à mobiliser des médecins, à les faire participer et à les faire changer leurs pratiques.

Réseau de santé Horizon, Nouveau-Brunswick



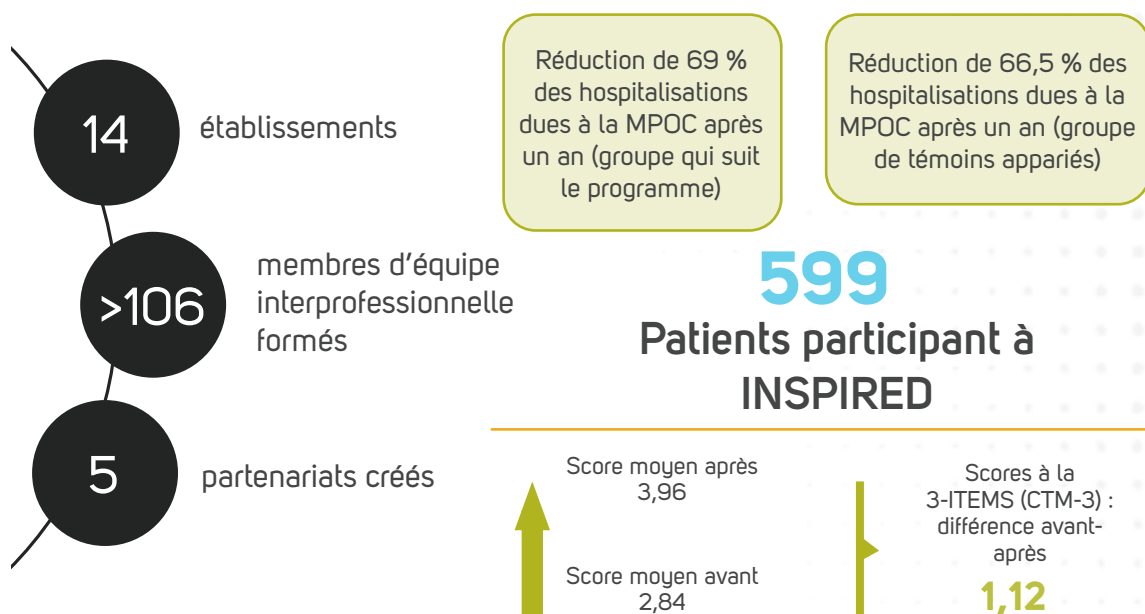
Principales réussites

- » La diffusion locale du modèle INSPIRED par le diagnostic, l'éducation et le soutien en lien avec la MPOC avant la première hospitalisation. Le repérage et le recrutement actifs de patients qui ont déjà été hospitalisés.
- » L'établissement d'une relation avec Télé-Soins 8-1-1, pour offrir de l'assistance hors des heures habituelles.
- » Le changement dans la culture et les attentes, notamment le travail dans plus d'un hôpital et en première ligne.
- » La simplification du repérage, qui a réduit le temps que les cliniciens y consacrent, qui a libéré du temps pour l'éducation des patients et qui a augmenté la portée du programme.
- » L'implantation du modèle INSPIRED dans les six établissements visés, plus huit établissements « bonus ».
- » L'amélioration de la planification préalable des soins.
- » L'élargissement de la portée d'INSPIRED au moyen du [programme de soins primaires UPSTREAM](#).

Principaux apprentissages

- » Des patients et des proches ressources doivent informer, guider et inspirer l'équipe, communiquer sans intermédiaire les besoins et les lacunes, et raconter leur expérience, qui transcende les rôles, les domaines et les vases clos.
- » Il est possible de changer la culture en améliorant la communication, les partenariats et la collaboration entre les vases clos, et par le transfert de connaissances latéral qu'effectue le personnel qui travaille à la fois en milieu hospitalier et communautaire.
- » Il faut connaître l'établissement, les données démographiques et les patients recrutés.

Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse



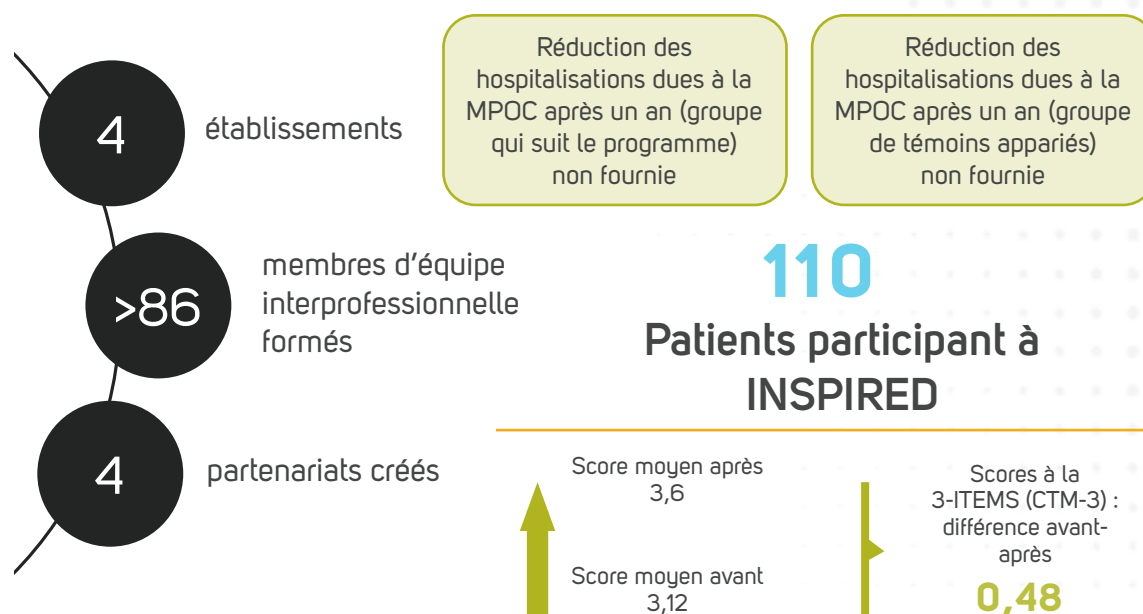
Principales réussites

- » Les commentaires positifs des patients et de leur famille.
- » Le nombre de nouveaux patients recrutés, qui représente plus du double de l'objectif.
- » La participation, le dévouement et l'enthousiasme des équipes.
- » L'élargissement de l'expertise des équipes, entre autres avec l'embauche d'un infirmier praticien.

Principaux apprentissages

- » Une communication bidirectionnelle et opportune est essentielle.
- » Les paramètres de collecte de données sont à considérer avec attention : méthodes, fréquence, nature des données, identité des collecteurs.
- » Il est important de prendre ses responsabilités tout en reconnaissant les différences entre les établissements. Autrement dit, il faut savoir équilibrer l'autonomie locale et les exigences non négociables.
- » Il faut tenir compte des différentes réalités dans les ressources humaines : milieu rural versus urbain, « possibilités » de collaboration.
- » L'évolution des sources, des types et du volume d'aiguillages entraîne toute une gamme d'implications.

Hôpital Joseph Brant et Caroline Family Health Team, Burlington (Ontario)



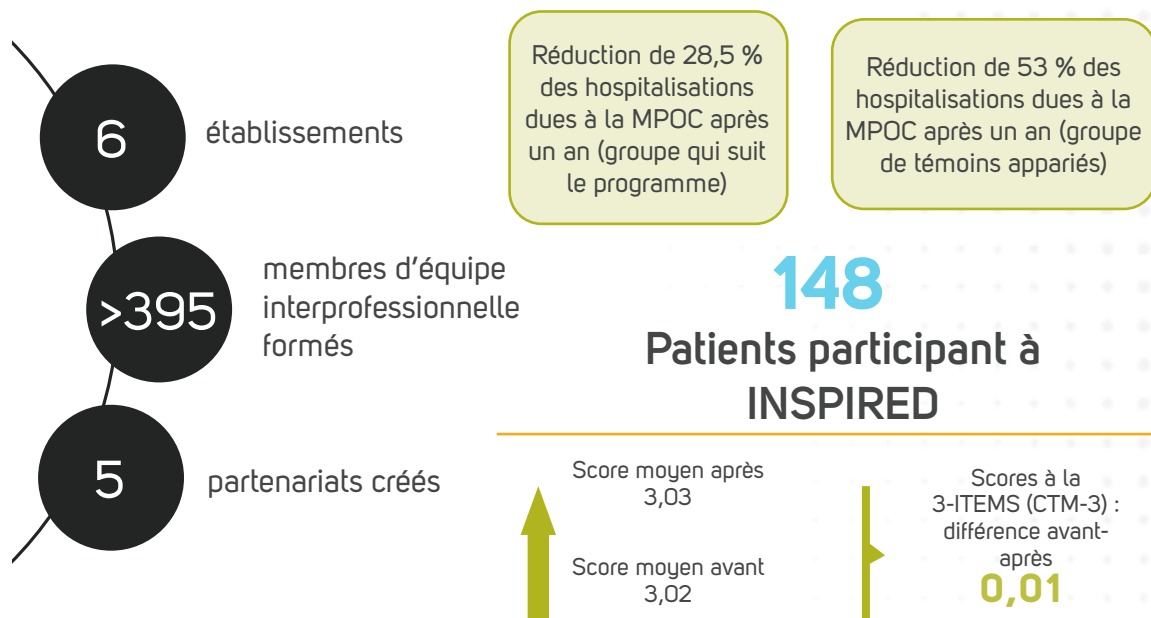
Principales réussites

- » La collaboration dans la prestation de services : la diffusion du programme à trois équipes de santé familiale, le partage de ressources entre équipes, le suivi par télésanté et la planification préalable des soins.
- » L'accès accru aux soins de la MPOC dans le modèle INSPIRED : améliorations dans l'intégrité des données locales, hausse de l'accessibilité des services de spirométrie, élargissement de l'accès à la réadaptation pulmonaire.
- » L'acquisition de connaissances, dans le milieu, sur les pratiques exemplaires de prise en charge de la MPOC.

Principaux apprentissages

- » La collaboration avec des services de santé publics et privés peut être fructueuse à très court terme et sembler logique, mais n'est pas efficace à long terme.
- » Une réévaluation des modèles de financement actuels s'impose.
- » Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour pallier les changements imprévus dans les effectifs et renforcer les capacités.
- » Il convient de redéfinir les rôles des membres de l'équipe pour prévenir les recouvrements.
- » Le programme INSPIRED est adaptable en soins primaires et peut servir pour d'autres maladies chroniques et d'autres services.
- » Les patients ont souvent des idées pratiques et financièrement raisonnables. Ils relèvent des problèmes dans la littératie en santé et des solutions possibles.
- » Les patients n'ont pas tous appris les bases de l'auto-prise en charge de la MPOC.

Santé Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard



Principales réussites

- » L'élargissement de la portée du programme dans la province grâce au partenariat avec les soins à domicile.
- » L'accroissement des liens avec d'autres programmes comme ceux de surveillance à distance des patients (SDP) et de réadaptation pulmonaire et le Programme provincial de soins palliatifs intégrés (par les soins à domicile).
- » Le projet pilote faisant appel à des inhalothérapeutes en soins primaires, qui a démontré que les patients ont besoin de soins prodigués en équipe.
- » La diminution des visites en SU dans la province pour cause d'aggravation aiguë de la MPOC, et pas seulement chez les participants à INSPIRED.

Principaux apprentissages

- » Pour que tous croient au changement, il est important qu'il y ait appropriation du programme plutôt que seulement adhésion. C'est pourquoi Santé Î.-P.-É. voulait que les intervenants aient un sentiment d'appartenance et se sentent en mesure d'agir.
- » Le perfectionnement des critères et du processus de triage. Dans un processus d'admission provincial centralisé, l'inhalothérapeute coordonnateur responsable de la MPOC passe en revue tous les aiguillages associés (et non pas juste ceux d'INSPIRED) et dirige chaque patient vers le prestataire qui convient le mieux, soit en soins primaires soit en soins à domicile, ou vers d'autres programmes comme ceux de SDP, de réadaptation pulmonaire, etc.
- » La valeur ajoutée par les patients et les proches aidants. Ils ont beaucoup participé et ont formulé des commentaires très pertinents, donnant leur point de vue et contribuant à la définition des soins centrés sur le patient.
- » L'inhalothérapeute coordonnateur responsable de la MPOC est un maître d'œuvre essentiel dans l'établissement et le maintien d'un partenariat fort entre les soins de courte durée, les soins primaires, les soins à domicile et les programmes voués aux maladies chroniques.

Implantation des principales composantes du programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOCMC, par équipes

Principales composantes du programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC ^{MC}	Alberta	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	Ontario	Île-du-Prince-Édouard
Visites à domicile auprès des patients atteints de la MPOC et de leur famille	■	■	■ ■*	■	■	■
Enseignement de l'auto-prise en charge	■	■	■	■	■	■
Soutien psychosocial et/ou soins spirituels	■	■ dans 1 établissement sur 3 ■ dans 2 établissements sur 3	■	■ dans 3 établissements sur 5 ■ dans 2 établissements sur 5	■	■
Occasion de discuter de la planification préalable des soins et de formuler une directive, si désiré	■	■ dans 1 établissement sur 3 ■ dans 2 établissements sur 3	■	■	■	■
Liaison avec la collectivité et les services de soins paramédicaux pour aider les patients à rester chez eux	■	■	■	■	■	■
Appels de suivi visant à déterminer la progression des patients et à leur rappeler ce qui leur a été enseigné	■	■	■	■	■	■
Élaboration de plans d'action contre la MPOC, au besoin	■	■	■	■	■	■
Numéro de téléphone auquel les patients et les familles peuvent appeler pour trouver réponse à leurs questions et préoccupations concernant la MPOC	■	■	■	■	■	■

■ = En place

■ = En cours d'implantation

■ = Aucune implantation prévue

* Les visites à domicile faisaient partie du projet collaboratif de diffusion INSPIRED et de programmes continus en milieu hospitalier, mais pas du programme destiné aux patients trouvés dans le cadre du programme de soins primaires UPSTREAM.



Conclusion

Comme pour le projet collaboratif de diffusion INSPIRED, les patients ayant participé au projet collaboratif de mise à l'échelle INSPIRED ont indiqué que leur expérience et la transition des soins s'étaient améliorées. Ils ont remarqué une amélioration des ressources et de la collaboration au sein du personnel ainsi qu'une augmentation de la compassion chez les prestataires.

L'analyse menée par l'ICIS a mis en lumière des améliorations dans le taux d'hospitalisation des patients du programme INSPIRED. Cependant, la comparaison avec les témoins appariés est venue mitiger certains résultats. Comme l'ICIS a rencontré des obstacles dans la collecte des données auprès des équipes et l'accès à des données contextuelles, il est recommandé d'effectuer une analyse et une exploration approfondies avant de procéder à une interprétation globale des résultats. La collaboration avec l'Institut a été immensément bénéfique pour le projet collaboratif, car elle a permis à beaucoup d'équipes d'améliorer et de rendre crédible leur travail de production de rapports et d'analyse de données. Elle a également facilité le suivi des indicateurs systémiques.

Les équipes ont rapporté une progression dans leurs capacités et compétences en lien avec les initiatives de mise à l'échelle et ont dit avoir tiré des avantages de leur participation au projet. ESC a beaucoup appris sur les obstacles aux changements à grande échelle et les facilitateurs, des connaissances qui lui serviront dans la conception de futurs projets collaboratifs de mise à l'échelle.