



La coordination des soins et des services: regards croisés des prestataires et des bénéficiaires

Marlène Karam, inf., Ph.D

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, UdeM

Chercheuse associée au Centre de Recherche du CISSSL – Pôle 1:
Groupe de recherche sur les transformations des pratiques cliniques et
organisationnelles

21 nov 2024

Déclaration de conflit d'intérêts

Les chercheur.e.s n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer pour cette présentation.

Le projet a bénéficié d'une subvention du
CRSH_Engagement partenarial.

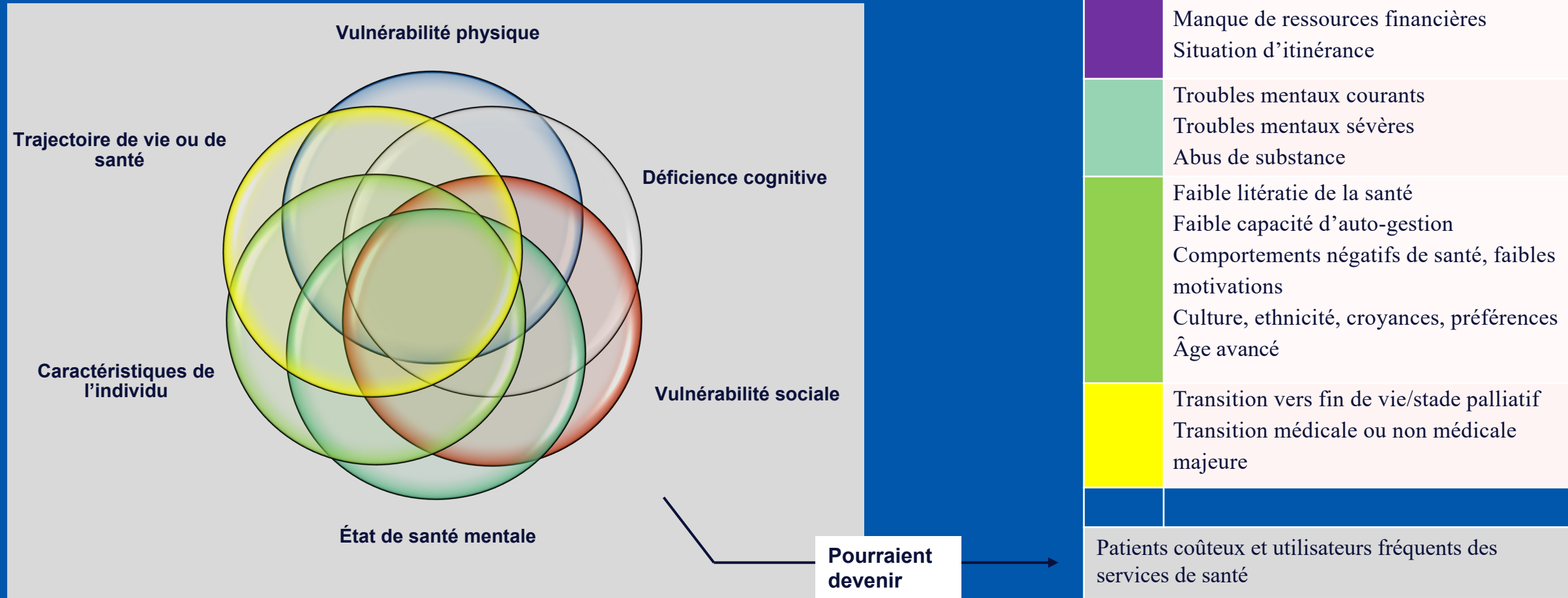
Partenariat: Équipe de recherche (Université de
Montréal) – DSI du CISSS de Laval.

Plan de la présentation

1. Problématique
2. Objectif de l'étude
3. Méthodologie
4. Résultats:
 - Expériences des prestataires et bénéficiaires
 - Pistes d'amélioration
5. Discussion/conclusion
6. Questions

Problématique

Des millions de personnes dans le monde vivent avec des besoins complexes (Kuluski et al., 2017)



Problématique

➤ Pour les personnes ayant des besoins sociaux et de santé complexes, la fragmentation des services et des soins est source de préjudices :

Assurent la responsabilité de cheminer au sein du système de soins complexe (Saltman, 2006).

Perçoivent les systèmes comme étant accablants et déroutants (Ehrlich, 2009).

➤ La « coordination de soins » est une stratégie principale facilitant l'atteinte de l'intégration des soins (OMS, 2016).

Résultats de la coordination des soins et des services :

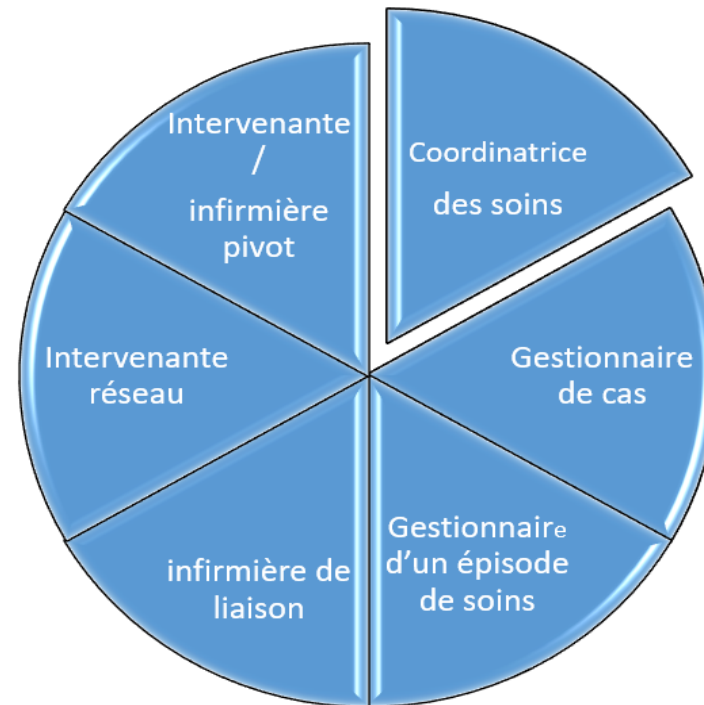
- Amélioration de l'accès aux soins (Goodwin, 2003);
- Réduction des coûts (Atherly, 2011; Marek, 2010);
- Amélioration des résultats cliniques et de la qualité des soins (Coleman, 2006; Rantz, 2011; Laughlin, 2010);
- Amélioration de la communication entre le personnel (Egan, 2002);
- Augmentation de la sécurité des patients vulnérables pendant la transition (Coleman, 2006);
- Et réduction des réadmissions non planifiées (Naylor, 2011).



Problématique

- Au Québec, plusieurs profils de coordinatrices de services et des soins ont vu le jour;
- But: assurer l'accès de la personne et ses proches aux bons soins, au bon endroit, au bon moment et par le bon professionnel.

Fonctions de coordination des soins



Problématique

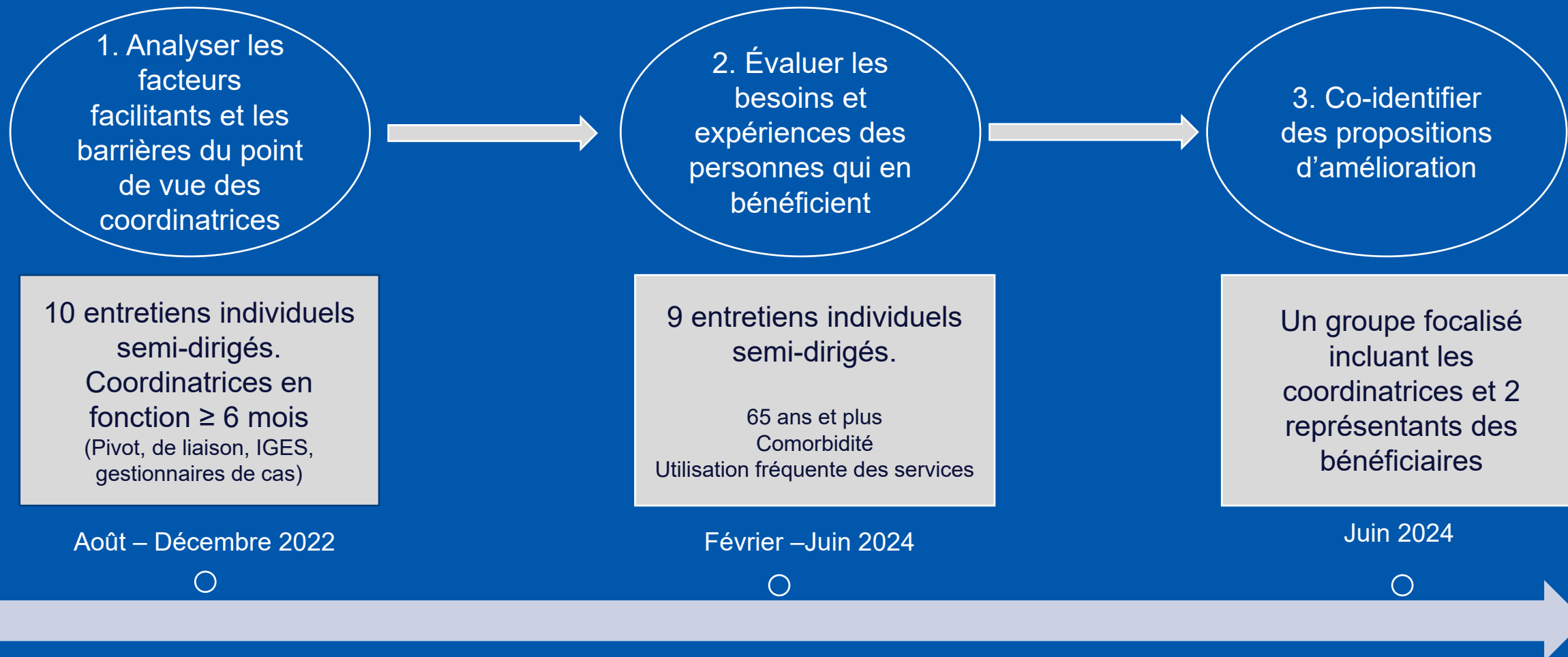
Malgré les effets bénéfiques de la coordination, celle-ci reste difficile à opérationnaliser en raisons de multiples obstacles recensés qu'elle rencontre.

Ces facteurs sont peu étudiés au Québec.

La DSI du CISSS de Laval, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité, a souhaité poser un regard critique sur ses pratiques actuelles de coordination.



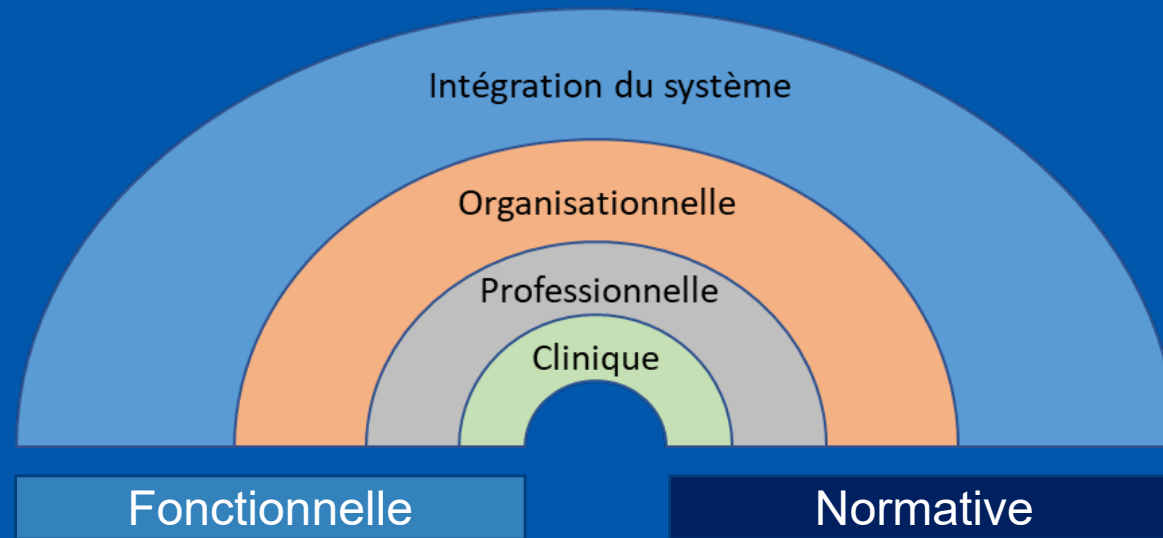
Objectifs et approche méthodologique (de co-conception fondée sur l'expérience)



Approbation du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval

Cadre conceptuel: The Rainbow model of integrated care

(Valentijn, 2013)



Résultats



1. Complexité croissante des besoins: troubles comportementaux, vulnérabilités cognitives, physiques, ...

- Isolement social de la personne âgée: difficulté de toujours répondre au souhait de la personne de demeurer à domicile
- Manque de préparation et d'appui constant face aux troubles de la santé mentale
- Pandémie

2. Approche centrée sur la personne âgée et relation de confiance:

- Le respect du souhait de la personne de rester autonome et des préférences (capacité) de la famille
- La coordinatrice comme personne de référence principale
- Importance de la continuité relationnelle: Roulement du personnel (personne âgée/proches aidants)

3. Empowerment des personnes âgées et leurs proches

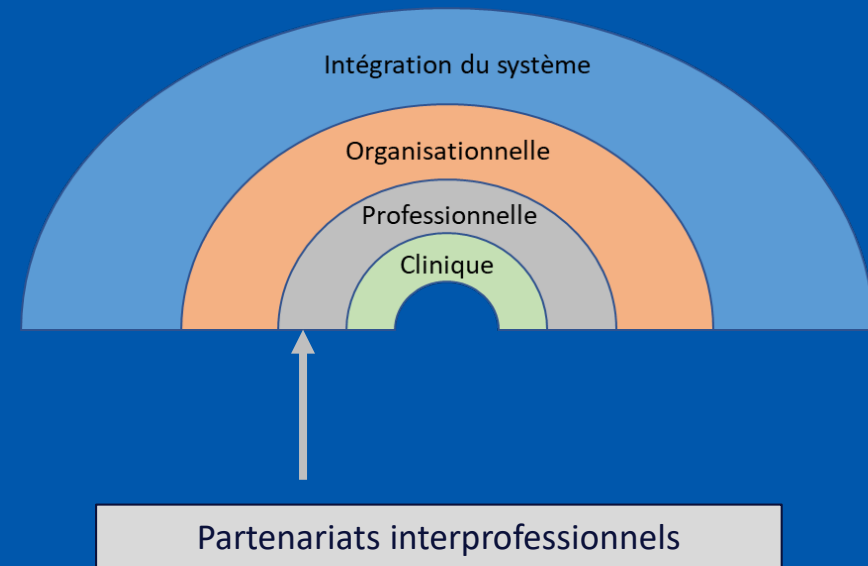
- Responsabiliser : établissements d'objectifs partagées; prise de décision éclairée
- Soutien à la navigation du système

« puis quand elle avait parlé, disons que, moi je la crois plus facilement, parce que je sais qu'elle n'est pas là pour me faire croire des choses; c'est tout facile parce qu'elle est directe mais dans le bon sens » (personne âgée)

« ça change toute la donne ensuite sur la perception qu'ils ont de moi comme intervenant, puis le sentiment de faire partie du processus » (inf)

« C'est un monde qu'on n'est pas habitués nous de faire affaire, fait que on connaît pas ça. On sait pas à qui s'adresser, tiens, on y va comme on pense. J'aurais aimé avoir plus de soutien et plus d'informations, ça, c'était vraiment, je pense la plus grosse lacune. Mais je pense qu'au niveau de l'information, on est pas mal laissés à nous-mêmes » (proche aidant)

Résultats



1. Collaboration et communication interprofessionnelles efficaces au sein du CISSSL, à travers les lignes de soins:

- Prise de décision partagée et une planification précoce pour les congés « *je t'avise, ce patient va avoir besoin de ceci et cela à son congé* » (inf)
- Rencontres interdisciplinaires
- Confiance « *en notre jugement au SAD, à notre connaissance de l'état de base de l'utilisateur* » (inf)
- Les patients perçoivent une communication entre les professionnels est bonne « *elle m'a dit qu'elle était pour en parler avec d'autres consœurs pour savoir quel chemin suivre* » (personne âgée)

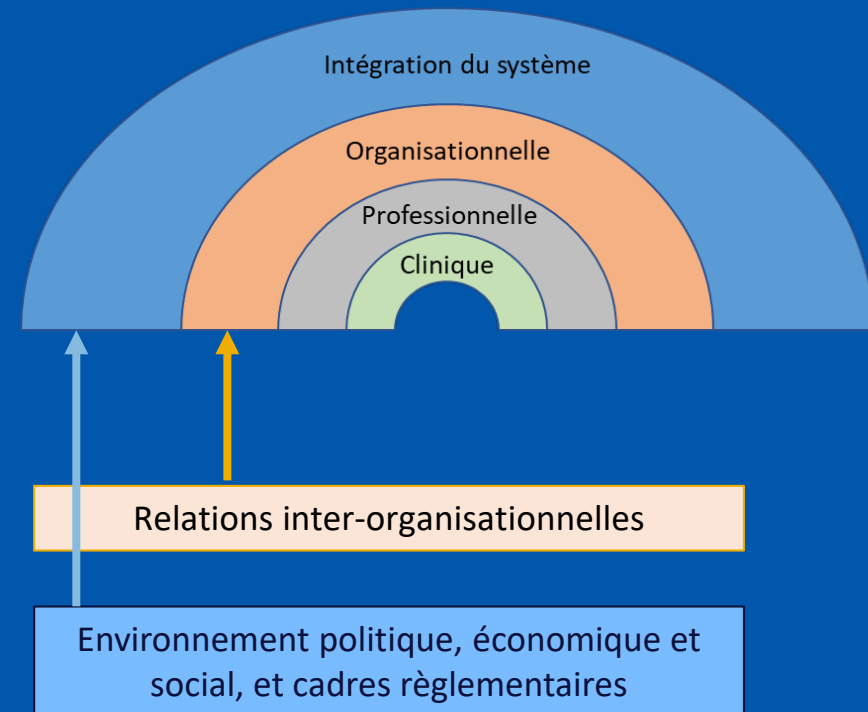
2. Manque de clarté du rôle et chevauchement avec celui des travailleuses sociales

- Manque de clarté des rôles pour les coordinatrices, les collègues, les supérieurs hiérarchiques et les patients aussi:

« *je sais que l'infirmière de liaison c'est autre chose mais est ce qu'elles ont dans leur mandat de communiquer avec les familles, ça je ne sais pas* » (proche aidant).



Résultats



1. L'organisation à l'intérieur et au-delà des frontières du CISSSL:

- Fluidité au sein du CISSSL

- Leviers:

SIAD: soins intensifs à domicile: « *ils sont très très sélectifs, mais quand ils prennent en charge un patient, là c'est vraiment aidant* » (inf)

L'équipe de prise en charge et d'orientation (PECO)

- « *Isolement* » du monde extérieur: difficulté d'identifier l'interlocuteur à l'extérieur au CISSSL et de trouver ses coordonnées de contact

- Iniquité d'accès aux soins en fonction de son lieu de domicile (et manque d'informations)

2. Normes ministérielles pour les sorties précoces et directives pour éviter la relocalisation des personnes âgées à partir de l'hôpital.

... mais:

- Manque de places disponibles en aval de l'hôpital, en hébergement « *en plus, il n'y a pas d'entre deux* » (inf)

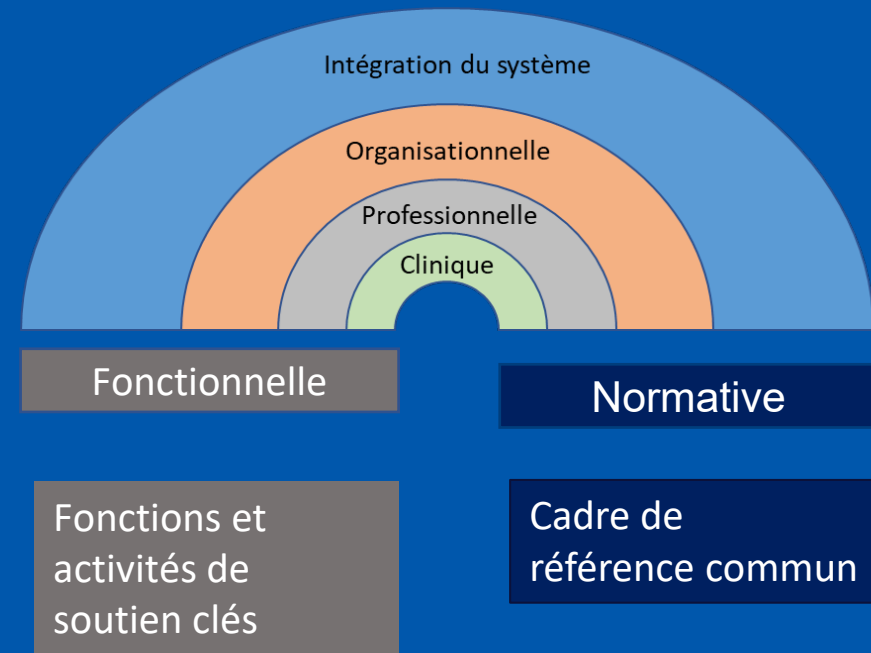
- Délais d'attente trop longs pour mettre en place des services de SAD.

3. Accès universel aux soins et services:

- « *parfois la famille ou le patient refuse les soins, puis quand on explique que c'est gratuit, ils changent d'avis* » (inf)

- Le coût financier associé à la prise en charge d'une personne âgée par un proche aidant.

Résultats



1. Accessibilité des notes infirmières et dossiers électroniques partagées au sein du CISSSL:

- « On a accès tous à la même information donc c'est facile de faire un meilleur suivi qu'à l'extérieur du CISSS de Laval par exemple » (inf)
- Certains logiciels ne « se parlent pas »

2. Utilisation des Fax et notes et formulaires en papier:

- « Répétage »
- Inefficacité dans la transmission des informations critiques et difficulté de la mise à jour des dossiers

- Valeurs et objectifs partagés: éviter les bris de soins et services lors des transitions:
« on va frapper à toutes les portes pour essayer de donner le bon service au bon moment »
(inf).

Pistes d'amélioration co-identifiées:

Niveau micro :

1. Amélioration de la communication et du soutien des personnes âgées et leurs proches aidants:

- S'assurer d'avoir répondu à toutes les questions de la personne âgée et bien saisi ses besoins;
- Informer la famille régulièrement sur l'évolution de l'état de santé de la personne âgée : garder en tête que la famille aussi a des informations;
- Informer clairement sur les services disponibles et qui pourraient être proposés à domicile : documentation; des pochettes d'informations personnalisées; le personnel soignant (incluant les médecins) dispose des informations nécessaires en lien avec les ressources disponibles.



Pistes d'améliorations co-identifiées:

Niveau méso :

1. Amélioration des outils de communication (responsabilité partagée avec le niveau macro):

- Améliorer le bottin actuel pour le rendre plus fonctionnel et à jour;
- Développer des adresses courriels génériques;
- Informatiser et créer des liens (interconnectivité) entre les différents systèmes de dossiers;
- Permettre aux infirmières coordinatrices d'accéder à tous les logiciels nécessaires pour une prise en charge efficace de la personne âgée, incluant les informations des urgences.

2. Clarification du rôle de l'infirmière coordinatrice pour l'équipe soignante:

- Réviser et diffuser la description de la fonction en vue d'éviter les ambiguïtés et les chevauchements;
- Créer des supports éducatifs (i.e: vidéos explicatives) pour aider les nouveaux membres du personnel et les membres actuels de l'équipe à mieux comprendre les rôles;
- Organiser des réunions interdisciplinaires pour discuter des rôles et des attentes.



Pistes d'améliorations co-identifiées:

3. Reconnaissance de la charge de travail de l'infirmière coordinatrice :

- Faire preuve de souplesse dans l'allocation des ressources humaines et dans l'approbation des heures supplémentaires;
- Remplacer les coordinatrices en cas d'absence pour éviter l'accumulation des dossiers à gérer à leur retour;
- Augmenter le nombre des infirmières coordinatrices pour éviter les bris de services.

4. Amélioration du soutien pour les soins gériatriques :

- Augmenter la disponibilité des infirmières spécialisées en gériatrie pour collaborer sur les dossiers complexes, notamment ceux impliquant des troubles de comportement chez les personnes âgées hospitalisées.



Pistes d'améliorations co-identifiées:

5. Prise de décision inclusive :

- Impliquer les coordonnatrices dans les décisions organisationnelles ayant un impact sur les soins directs aux patients, notamment en rétablissant leur implication dans les comités décisionnels, comme c'était le cas avant la pandémie;
- Organiser des rencontres régulières entre les gestionnaires et les intervenants de première ligne pour assurer une meilleure coordination et implication dans les décisions, surtout celles liées aux congés précoces des patients.



Pistes d'améliorations co-identifiées:

Niveau macro :

1. Facilitation et uniformisation de l'accès aux soins et services :

- Uniformiser l'offre de services de santé à travers différentes régions pour assurer un accès équitable aux soins pour toutes les personnes âgées;
- Augmenter le nombre de places disponibles dans les centres d'hébergement pour les personnes âgées nécessitant une relocalisation après une hospitalisation;
- Diminuer les délais d'attentes pour le SAD;
- Permettre aux infirmières pivot d'avoir accès à un médecin de garde pour éviter les références évitables aux urgences.



Discussion / conclusion

- Plusieurs objectifs de l'intégration des soins et des services sont atteints
- Priorité commune: la communication qui semble demeurer un défi
 - Les préférences varient parmi les participants
 - Probablement en raison des caractéristiques de notre population cible
- Autre priorité commune: continuité relationnelle
 - Préoccupation mondiale: pénurie et roulement du personnel soignant
- Les recherches futures devraient identifier:
 - 1) des méthodes efficaces pour mettre ces pistes d'amélioration en œuvre dans divers contextes de soins de santé
 - 2) évaluer leur impact sur le long terme.



Je vous remercie pour votre attention.

