

Acting on Real-Time Patient Reports to Improve Safety

Ioana Popescu :

[0:00:00] Bonjour à tous, J'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue au webinaire d'aujourd'hui. Le sujet sera le suivant : Réagir en temps réel aux déclarations des usagers pour améliorer la sécurité. Je m'appelle Ioana Popescu et je suis responsable de l'amélioration de la sécurité des patients à l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Mon rôle consiste à diriger des programmes en lien avec l'engagement des patients, notamment le soutien de Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC), le programme dirigé par les patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, volet canadien du programme Patients pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le webinaire d'aujourd'hui sera légèrement différent des précédents, animés par PPSPC. Tout a commencé par la mise en place d'un programme de reconnaissance. Cette année, nous avons regroupé 15 pratiques exemplaires en matière d'engagement des patients en vue de l'amélioration de la sécurité des patients.

Parmi ces 15 pratiques exemplaires, trois traitaient du rapport des patients en temps réel de leur expérience des soins, notamment en matière de sécurité. Les membres de PPSPC étaient désireux d'en apprendre davantage à ce sujet et ont décidé d'organiser ce webinaire.

Les partenaires de ce programme de reconnaissance sont SoinsSantéCAN et l'Organisation de normes en santé (HSO). Jessica, directrice de la performance et de l'évaluation de la qualité à SoinsSantéCAN, est en ligne avec nous. Je lui cède la parole pour un petit mot de bienvenue.

Jessica :

[0:01:39] Merci, Ioana. Bienvenue à tous à la présentation d'aujourd'hui, et merci aux trois organismes qui s'apprentent à nous faire part de pratiques exemplaires et des enseignements tirés.

Je travaille pour SoinsSantéCAN. Notre association nationale de soins de santé réunit des organismes de partout au pays, dont les conférenciers d'aujourd'hui et leurs organismes. Mon rôle chez SoinsSantéCAN est de contribuer à l'élaboration et à la prestation de programmes d'apprentissage, et entre autres, des initiatives de diffusion et d'application des connaissances liées à la qualité, ainsi qu'à la sécurité et, bien entendu, à l'engagement des patients à l'échelle du pays. Aux côtés de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et de HSO, nous sommes très fiers d'être partenaires de ce programme de reconnaissance décrit par Ioana. Il s'agit d'une excellente occasion d'en apprendre davantage sur certaines pratiques remarquables qui ont cours au Canada et de les présenter à d'autres ressources à l'échelle du pays.

Nous sommes également très fiers de travailler avec l'ICSP dans le cadre de PPSPC, et avec d'autres programmes d'apprentissage comme le Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients. Merci, Ioana, pour votre invitation, je suis très heureuse d'assister à cette présentation aujourd'hui.

Ioana Popescu :

[0:02:48] Merci beaucoup, tout le plaisir est pour nous. Avant d'aborder notre programme, voici quelques points importants concernant notre salle de réunion virtuelle. Janet, merci de passer à la diapositive suivante. Sachez tout d'abord que votre sécurité est notre priorité absolue. Merci de repérer les sorties de secours. Je plaisante. Évidemment, vous savez où sont situées les sorties de secours. Les diapositives et l'enregistrement de cette séance seront publiés sur notre site Web ultérieurement. Sachez que cette séance est enregistrée. Toutefois, notre conversation dans la boîte de clavardage ne fera pas partie de cet enregistrement, alors n'hésitez pas à vous en servir.

[0:03:27] Comme lors des webinaires précédents, nous souhaitons que la liste des participants soit visible pour vous permettre de connaître vos collègues qui sont en ligne, et de tisser des liens. J'ai remarqué que de nombreux anciens camarades sont présents : Andrew, Valerie, <inaudible 00:03:40>, Lori et plusieurs autres qui ont déjà participé à des webinaires. Bienvenue à nos nouveaux et à nos anciens amis.

En raison de notre nombre élevé de participants, environ 300, nous dialoguerons seulement par bavardage. Veuillez donc repérer la boîte de discussion dans le coin inférieur droit de votre écran pour échanger avec vos collègues. Vous pouvez commencer par indiquer dans quelle ville vous vous trouvez et décrire votre rôle.

Aujourd'hui, nous allons essayer les gazouillis. Donc, si vous êtes en mesure de le faire, veuillez employer les mots-clics affichés à l'écran. Ne vous inquiétez pas, ils apparaîtront plus tard dans les diapositives. Et nous concluons la présentation avec une diapositive contenant des ressources et une courte évaluation. Nous souhaitons recueillir vos commentaires et savoir quels sujets nous intéressent en vue des prochains webinaires.

[0:04:36] Sur ce, j'ai le plaisir de vous présenter notre modératrice de la séance d'aujourd'hui. Theresa Malloy Miller réside à Delaware, en Ontario. Theresa est l'une des fondatrices de Patients pour la sécurité des patients du Canada et une patiente partenaire de notre groupe depuis 2006. Je vais prendre un instant pour vous demander de vous joindre à moi afin de remercier Theresa pour ses nombreuses années consacrées à la sécurité des patients. Au fil des ans, sa passion a assurément inspiré un nombre infini de personnes, dont je fais partie.

C'est la perte tragique et évitable de son fils, Daniel, a changé le cours de sa vie et l'a orientée vers l'engagement des patients. Cette douleur inconcevable et sa détermination se sont transformées en une force qui a mené à la dénonciation, puis à l'amélioration de la sécurité dans l'organisme où l'incident s'est produit. Après s'être jointe à notre groupe, elle a exercé une influence sur nombre d'initiatives canadiennes, dont le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité. Theresa est responsable du groupe de travail sur le transfert des connaissances de PPSPC. Vous l'avez sûrement déjà rencontrée, car elle est la modératrice de nombreux webinaires élaborés par des patients pour les patients et les prestataires à l'échelle canadienne et mondiale.

Accueillons chaleureusement Theresa. Avez-vous trouvé le bouton d'applaudissement virtuel? Theresa, je vous cède la parole.

Theresa Malloy Miller :

[0:06:05] Bonjour et bienvenue à tous. J'ai été déconnectée. Je viens tout juste de me reconnecter. Ioana, as-tu modifié l'ordre des présentations?

Ioana Popescu :

[0:06:16] Non. Commençons avec Services de santé Alberta. Mais avant, nos objectifs et l'ordre du jour sont à l'écran, Theresa, pour d'abord présenter les participants.

Theresa Malloy Miller :

D'accord. Nous sommes donc ravis de tous vous accueillir aujourd'hui. Comme l'a dit Ioana, nos premiers présentateurs viennent de Services de santé Alberta. Kathy Kovacs Burns est universitaire, professeure et chercheuse à l'École de santé publique de l'Université de l'Alberta et consultante principale pour Services de santé Alberta. Les patients et les familles sont sa priorité, tout comme les prestataires de soins de santé, et elle accorde une importance particulière à la qualité et l'amélioration des services de santé.

Elle est également membre de PPSPC, ce dont nous sommes très heureux. Elle permet à la voix des patients de se faire entendre à l'échelle locale, nationale et internationale grâce à ses activités de bénévolat et de recherche. Elle collabore avec les partenaires, les patients et les familles, toujours dans un souci d'amélioration des services de santé pour tous.

[0:07:26] Marian George se joint aussi à Kathy. Après une carrière de professionnelle de la santé, formatrice et universitaire, Marian est maintenant patiente ressource bénévole. Elle a développé son expérience du patient grâce à des naissances dans sa famille, à des expériences personnelles et à celles de sa famille, à la communication avec des spécialistes en santé et en étant présente jusqu'à la fin auprès de certains membres de sa famille. Elle a toujours cru à un parcours conjoint avec les professionnels de la santé. Elle est actuellement patiente ou proche ressource à Services de santé Alberta et a participé à la conception du système de rétroaction en temps réel qui va nous être présenté. Et elle est très active. Nous sommes ravis que Kathy et Marian ouvrent la séance aujourd'hui. C'est parti.

Kathy Kovacs Burns :

[0:08:21] Bonjour! Vous m'entendez?

Theresa Malloy Miller :

[0:08:22] Oui, on vous entend

Kathy Kovacs Burns :

[0:08:23] C'est Kathy. Parfait! Merci. Je suis au téléphone, donc je vais avoir besoin d'aide pour les diapositives. Merci beaucoup de votre invitation. Nous sommes ravies de pouvoir vous présenter une partie de notre travail à Services de santé Alberta. Marian et moi allons faire cette présentation en équipe. Tout à fait, nous faisons équipe. Merci de passer à la diapositive

suivante. Je ne suis pas sûre de qui s'occupe de faire défiler les diapos, je ne pense pas pouvoir le faire.

Pouvez-vous voir celle-ci?

Theresa Malloy Miller :

[0:09:01] Oui. Oui. On la voit.

Kathy Kovacs Burns :

[0:09:02] D'accord. Je peux peut-être le faire, alors. D'accord. Voilà notre présentation. Il s'agit de recueillir des expériences en temps réel auprès de patients et de familles bénévoles ou de patients ressources en se basant sur des travaux pilotes que nous aborderons. Laissez-moi voir comment nous progressons. Bon, ok!

Theresa Malloy Miller :

[0:09:27] Janet, tu peux faire défiler les diapositives?

Kathy Kovacs Burns :

[0:09:28] Voilà.

Theresa Malloy Miller :

[0:09:28] C'est bon?

Kathy Kovacs Burns :

[0:09:28] Je crois bien, oui. C'est ça. Oui. Il y a donc un certain nombre de personnes dont nous souhaitons souligner la participation. Il faut une équipe colossale et une communauté pour changer une culture et adopter une approche novatrice permettant de mesurer l'expérience des patients et des familles. Nous tenons donc à remercier tous les patients, les familles et les proches aidants qui ont participé à notre initiative, les patients ressources et Marian bien sûr, la coresponsable, sans oublier les chefs d'unité, le personnel et les cliniciens, ainsi que la haute direction qui ont été d'un grand soutien. Et je remercie bien sûr tous mes collègues pour leur participation à l'engagement en mesures cliniques de la qualité, à l'expérience du patient et à l'amélioration de la qualité. Sans eux, une grande partie de notre travail ne serait pas faisable.

[0:10:22] Nous allons vous présenter très rapidement certains des défis rencontrés en matière de soins centrés sur le patient. Je ne pense pas qu'ils soient propres à Services de santé Alberta. Chaque système de santé vit certains de ces défis. Nous allons parler un peu de notre approche pour répondre aux problèmes et aux défis cernés, de certaines de nos expériences et des enseignements tirés à ce jour, car nous évoluons dans un processus d'apprentissage et d'avancement.

La pérennité et la faisabilité nous permettront aussi de progresser à plus grande échelle.

[0:10:54] J'aimerais donc commencer par les défis rencontrés par le personnel et les cliniciens. Nous savons qu'il y a beaucoup de sources et de données pertinentes, et SSA est riche en données, même si elle n'est pas un cas unique. Le problème, c'est que le personnel ne connaît pas vraiment l'existence de ces données. Et les employés qui sont au courant n'ont pas le temps de fouiller pour dénicher ce qui est utile à leur propre unité, à leur programme ou à leur situation. En fait, la plupart des employés n'ont pas recours aux mégadonnées, même pour l'amélioration de la qualité, car ils ne savent pas vraiment comment en faire l'analyse et s'en servir. Alors, que pouvons-nous améliorer?

Ils nous disent qu'ils ont besoin de données en temps réel sur l'expérience du patient. Aucun d'entre nous n'a la capacité de rassembler une telle information. Quels conseils la direction peut-elle nous donner pour nous permettre d'aller de l'avant?

Je cède maintenant la parole à Marian, car l'un des éléments centraux est les défis qui touchent les patients et les soins axés sur le patient et la famille.

Marian George :

[0:12:02] Merci, Kathy. Bonjour à toutes et à tous, Je crois que j'ai été déconnectée. Pouvez-vous m'entendre maintenant?

Theresa Malloy Miller :

[0:12:08] Oui, je vous entends.

Marian George :

[0:12:10] D'accord. Merci. Bonjour à tous et merci, Kathy. Ces défis ne nous ont pas permis de cerner grand-chose – parfois les choses ne changent pas très rapidement. Il y a des retards, des périodes pendant lesquelles les personnes ne peuvent pas régler le problème; il y a aussi des enjeux de capacité à savoir qui peut vraiment le faire. Une fois le changement mis en œuvre, comment savoir s'il a eu une incidence? Voilà les défis que nous avons cernés.

[0:12:48] La bonne nouvelle pour nous, en Alberta en tout cas, et partout au Canada, c'est que les organismes de santé mettent assurément et systématiquement l'emphase sur l'intégration des soins axés sur le patient et la famille, même si des problèmes de capacité persistent. Comment procéder? Comment faire l'expérience des données en temps réel? Ce n'est pas facile, tout va très vite, mais au bout du compte, le patient vit encore passablement ce qu'il a vécu pour un bon moment.

En quoi consiste notre approche? En fait, l'idéal serait que du personnel dédié s'occupe de ce processus, et recueille des données au sein des unités ou de la communauté. Ce n'est cependant pas toujours réaliste. L'autre élément que j'aimerais ajouter à cela en tant que patient ressource, c'est que celui-ci peut faire une grande différence. Lorsqu'un membre du personnel recueille les données, il permet de faire avancer les choses. Kathy a un excellent exemple où on a décidé d'avoir recours à des bénévoles et de demander à l'un d'entre eux de recueillir des données et

qui, en raison de sa relation avec les patients, a été en mesure de recueillir des données très riches, comparativement celles du personnel. C'est très intéressant.

[0:14:19] Nous avons ensuite élaboré notre nouvelle stratégie de formation en partenariat avec les bénévoles ou les proches ressources de la province et en mettant à l'essai un projet pilote. Actuellement, la participation s'étend à des unités de soins de courte durée, et de soins communautaires, un secteur dans chacune des cinq zones de la province. C'est vraiment enthousiasmant.

Nous travaillons donc avec les conseillers auprès des patients. Ils sont présents dès le départ lors de la séance d'orientation avec le personnel. Nous examinons les données sur les patients et cherchons des améliorations à apporter. Tout le monde est assis à la même table, c'est une conception conjointe, et par la suite les patients ressources vont aller recueillir des données en temps réel.

De quelle manière la collecte de données se fait-elle? Kathy va vous en parler maintenant, je lui redonne la parole. Kathy, bien sûr, dès qu'elle reviendra. Préviens-moi.

Theresa Malloy Miller :

[0:15:15] Oui. Parfait.

Marian George :

[0:15:17] Très bien, passons à la diapositive suivante. Examinons maintenant les préoccupations des patients. Les diapositives suivantes montrent un exemple d'unité. Plus précisément, Kathy recueille l'information provenant des diverses sources en Alberta et fait part de ses commentaires à partir des renseignements fournis par chacune des équipes. L'étude de ces données permet de cerner les principales préoccupations du personnel. Toutefois, dans ce processus, elle se penche également sur le diagramme en arête de poisson pour entamer l'analyse des renseignements recueillis précédemment et déterminer certaines des causes et des effets produits, et déterminer où le personnel peut reprendre les choses de zéro.

N'oubliez pas qu'il s'agit ici d'un projet pilote. Il faut simplifier les choses. Pour paraphraser Kathy, à ce stade, nous essayons de voir ce qui est faisable et travaillons dans de brefs délais avec ce dont nous disposons en raison du projet pilote. Nous examinons comment établir un objectif, viser un changement et en mesurer l'incidence. Le personnel participe et décide de la marche à suivre en vue de l'amélioration de la qualité et de la meilleure façon de procéder. Nos patients ressources peuvent ensuite intervenir et poser des questions. Les questions du sondage sont créées en compagnie des patients ressources. Ils vont ensuite recueillir des données en temps réel sur place par un très simple sondage sur iPad.

Ensuite, nous pouvons accéder à ces données. Le personnel est en mesure d'examiner l'information, de passer à la mise en œuvre, de mettre en place la forme de changement qu'il aura choisie. Vous voyez que ce processus nécessite planification, exécution, étude et action. Et puis, ce que nous sommes en mesure de faire, c'est – oh, Kathy est de retour?

Kathy Kovacs Burns :

[0:17:19] Je suis de retour. Pardon.

Marian George :

[0:17:21] Kathy, je te redonne la parole. J'en suis à l'élaboration des plans de mise en œuvre. Je ne sais pas si tu as pu suivre. Alors, je te laisse poursuivre, Kathy.

Kathy Kovacs Burns :

[0:17:32] Oui, je suis désolée.

Theresa Malloy Miller :

[0:17:33] Tu as encore une ou deux minutes, Kathy.

Kathy Kovacs Burns :

[0:17:41] D'accord. Vous faites de l'excellent travail. Nous allons conclure dans une ou deux minutes.

Désolée pour les bogues technologiques de mon côté.

L'amélioration de la qualité est notre approche de planification, exécution, étude et action. Et chacun poursuit son objectif. Après s'être entendu sur un changement, chacun souhaite maintenant mesurer son incidence et faire quelques petits tests pour observer une éventuelle différence.

Nous examinons toujours trois catégories de mesures : les indicateurs de résultats, le processus et l'équilibre. Par conséquent, il pourrait s'agir d'améliorer les perceptions ou les expériences de patients. Même en cas de perceptions et d'expériences positives des prestataires de soins de santé, le processus prend du temps; tout ce que cela prend pour entreprendre ce type d'activité. Puis il y a les mesures équilibrées pour examiner ce qui a une réelle incidence sur l'organisation. Ça peut être lourd. Ça augmente la charge de travail du personnel et les chances qu'ils soient enclins à faire appel régulièrement à des patients ressources pourraient n'être pas si bonnes. Toutes ces mesures sont donc extrêmement importantes.

L'expérience montre aussi que la mesure de l'expérience du patient revêt un intérêt non seulement pour les patients ressources, mais aussi pour le personnel, les cliniciens et les dirigeants d'organismes. Il est important de recueillir en temps réel des données sur l'expérience du patient, hormis les mégadonnées qui existent pour la plupart des HCAP ou divers types d'outils de sondage qui font leurs preuves depuis de nombreuses années.

[0:19:17] Nos patients ressources et bénévoles prennent leur rôle à cœur. Ils suivent effectivement une formation, et je pense que c'est de rigueur. La conception conjointe

d'initiatives qui a lieu au départ ne fait pas toujours l'unanimité, mais les gens s'y habituent. Et une fois qu'ils ont commencé, ils y perçoivent des avantages indéniables. Comme je l'ai mentionné, l'orientation, la formation et le soutien sont vraiment essentiels. Il est tout aussi important de comprendre les expériences des patients ressources, des bénévoles et du personnel, comme celles du patient. Il est important de nous assurer d'examiner les résultats préalables et subséquents au processus.

Les prochaines étapes pour la pérennité seront d'établir des liens, déterminer dans quel contexte les expériences ont vraiment été utiles, et quels défis demeurent, et examiner de quelle manière élaborer un cadre pour faire appel à un plus grand nombre de patients ressources et de bénévoles à l'échelle de l'unité pour aider le personnel et collaborer relativement à l'amélioration de la qualité.

Et vous pouvez maintenant voir le cadre auquel nous nous référons. Mais à l'avenir, nous espérons mettre en œuvre notre propre cadre. Nous utilisons le quadruple objectif, que la plupart des systèmes utilisent pour mesurer la performance. Il s'agit notamment de l'expérience du patient, de celle des prestataires de soins de santé, et bien sûr des facteurs de coût ou des mesures d'équilibre organisationnel, sans oublier les répercussions sur la population dans son ensemble.

Je crois qu'il s'agit de notre dernière diapositive. Oui. Merci.

Ioana Popescu :

[0:20:55] Je tiens à vous remercier toutes les deux pour cette présentation. Je rappelle aux participants que le lien vers votre pratique exemplaire a été ajouté au site Web et permettre d'en apprendre davantage. Vos coordonnées figurent maintenant dans les diapositives.

J'aimerais faire le point avec Mireille. Comme vous le savez, Mireille est l'une de nos partenaires du programme de reconnaissance. Elle éprouvait plus tôt des difficultés techniques. Mireille est gestionnaire de programme au Bureau du partenariat patients de l'Organisation de normes en santé. Je vais voir si elle souhaite dire quelques mots avant de consulter Theresa. Mireille?

Mireille :

[0:21:33] Oui. Merci, Ioana, vous m'entendez?

Ioana Popescu :

[0:21:35] Oui, parfaitement bien.

Mireille :

[0:21:38] Parfait. Je ne veux pas m'éloigner des présentations, mais je tiens, au nom de mes collègues de l'Organisation de normes en santé et d'Agrément Canada, à remercier et à féliciter les équipes, à souligner à quel point il est précieux et important de communiquer les pratiques exemplaires que vous présentez aujourd'hui, et de le faire à grande échelle comme aujourd'hui

grâce à ce webinaire. Et merci à tous les participants qui prennent le temps d'écouter et d'apprendre.

Bien qu'on enseigne aux organismes de soutien à renforcer leurs capacités en matière de soins et de participation axés sur les personnes, la façon de procéder demeure floue. Je suis convaincue qu'en écoutant ces exemples et ces histoires, notre compréhension et notre capacité à soutenir de bonnes pratiques d'engagement sont plus grandes. Merci beaucoup, et au plaisir d'en apprendre davantage.

Ioana Popescu :

[0:22:38] Mm-mmm. Merci à toi, Mireille. Voyons si Theresa nous entend maintenant.

Sinon, j'aimerais rappeler aux participants que vos questions sont les bienvenues dans la boîte de clavardage. Nous avons colligé les questions que vous avez jointes au formulaire d'inscription. Pour respecter le temps imparti, pourquoi ne pas céder la parole au prochain groupe de présentateurs? Je vous rappelle d'inscrire vos questions dans la boîte de clavardage, le cas échéant.

Nos collègues de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, Cathy et Leslie, sont également parmi nous aujourd'hui.

Cathy Masuda :

[0:23:21] Je m'appelle Cathy Masuda, et je suis directrice de l'agrément en matière de qualité et de sécurité à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, et voici Leslie.

Leslie Louie :

[0:23:28] Je m'appelle Leslie Louie. Je suis conseillère en engagement des familles au Sunny Hill Health Healthcare Center for Children. Il s'agit d'un programme de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique.

Cathy Masuda :

[0:23:38] Leslie et moi sommes honorées de vous présenter le point de vue de l'utilisateur et le parcours qui nous a menés jusqu'ici. Puis-je passer à ma prochaine diapositive? Nos autorités sanitaires, la Provincial Health Services Authority (PHSA), croient en l'importance d'aborder les problèmes qui pourraient causer des préjudices ainsi que la façon de les prévenir. Voilà la culture de sécurité que nous voulons instaurer.

Puisqu'une faible proportion des événements liés à la sécurité des patients sont signalés, soit 5 à 10 %, la PHSA souhaite creuser davantage pour savoir quels événements devraient l'être. Nous disposons d'un système Web provincial de production de rapports appelé BCPSLS qui crée des occasions d'échanger des connaissances et permet au personnel de produire des rapports anonymes.

[0:24:25] En 2007, l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique a participé à une recherche appelée Bedside Observer Project, un précurseur de Point de vue de l'utilisateur. Les patients et les familles étaient perçus comme une ressource inexploitée pour repérer et signaler les événements liés à la sécurité des patients. Leur perspective est unique, car leur position d'observateur constant dans le parcours de soins de leur enfant leur permet aussi de transmettre des renseignements qui passeraient autrement inaperçus. L'équipe de recherche avait pour objectif de concevoir et de mettre en œuvre un système visant à promouvoir la sécurité des patients en faisant appel au système d'évaluation LSP de façon novatrice.

Ainsi, sur une année, 544 familles ont été sondées et inscrites à l'étude, et 59 % de ces familles ont signalé certaines préoccupations. Parmi les 321 signalements, plus de la moitié étaient des événements relatifs à la sécurité des patients, souvent causés par une mauvaise communication entre les membres du personnel. Par ailleurs, fait intéressant, 81 % des parents ont fait du bénévolat et fourni leurs coordonnées afin de participer aux efforts futurs visant à améliorer la sécurité des patients.

Cette recherche a permis de valider l'outil et le processus qui démontrent que les familles sont capables de cerner et de signaler de façon fiable des événements légitimes liés à la sécurité des patients. Pour traduire cette recherche en actions concrètes, l'équipe et le groupe de travail du PSLS ont lancé le projet pilote en 2012 dans une unité de soins, avec le soutien de la haute direction, des patients et des familles. Nous avons eu recours à un modèle novateur et en personne d'engagement des patients et des familles. Nous avons sélectionné huit volontaires, les avons guidés dans leur rôle et répartis pour obtenir le point de vue du patient.

Ce nom a été choisi en collaboration avec les patients et les familles, le personnel clinique et les responsables de la qualité et de la sécurité. Ainsi, les patients et les familles qui devaient obtenir leur congé dans les 48 heures ont été sondés et l'information a été saisie dans le PSLS. Un certain nombre d'indicateurs nous permettaient d'évaluer si le projet pilote dans une unité de soins donnée était un succès. Parmi les exemples, mentionnons les mesures du processus, le taux de participation des familles, la validité des rapports et les indicateurs de résultats, toutes les initiatives d'amélioration grâce à la rétroaction éclairée du point de vue de l'utilisateur. Le nombre de rapports liés à la sécurité des patients et le nombre de plaintes adressées au bureau de la qualité des soins aux patients faisaient partie des mesures de pondération.

[0:26:41] La rétroaction des patients. Les rapports ont orienté les initiatives d'amélioration de la qualité. Les changements apportés à la politique de dépistage du staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) en sont quelques exemples. Merci de passer à la diapositive suivante. L'approche normalisée du contrôle de la douleur postopératoire et apprentissage. Un autre processus consistait à rappeler les familles au chevet des patients pour des interventions et des rondes avec les professionnels de la santé afin d'améliorer le transfert d'information. Et comme ils sont la seule constante dans la vie de leur enfant, il était naturel qu'ils fassent partie de l'équipe de transfert.

Parmi les principales conclusions du projet pilote, mentionnons que les familles et les patients sont très heureux d'être invités à donner leur avis sur la sécurité des patients. La participation en personne des familles a considérablement facilité la production de rapports. La rétroaction de

Point de vue de l'utilisateur peut éclairer et valider le travail d'amélioration de la qualité. Le succès du projet pilote a permis son entrée en vigueur dans d'autres secteurs de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique. On parle ici des services d'urgence avec des patients admis plus de quatre heures, de notre unité de soins intensifs pédiatriques, de nos unités d'hospitalisation en chirurgie médicale et en hématologie oncologique, et du programme de greffe de moelle osseuse.

[0:27:48] L'un des obstacles à l'utilisation du modèle de bénévolat était le taux élevé de roulement des bénévoles en vue d'atteindre des objectifs scolaires et le passage au travail rémunéré, ce qui a engendré un nombre incohérent de rapports Point de vue de l'utilisateur. Nous avons abandonné ce type de bénévolat et travaillons actuellement aux côtés de notre nouveau département des connaissances et de l'innovation pour le placement de cohortes d'étudiants dans des programmes spécialisés en sciences infirmières ou en sciences médicales. Nous avons également élaboré un travail normalisé pour les étudiants afin de répondre aux besoins de l'unité, de promouvoir l'autonomie. En facilitant l'accès aux porte-documents relatifs aux congés d'hôpital, ils n'ont plus qu'à sonder les familles et les patients concernés.

Ils se présentaient au chevet des patients et invitaient les familles à faire part de leurs préoccupations en matière de sécurité. Ces derniers pouvaient remplir le sondage par eux-mêmes, la participation est volontaire et les renseignements, anonymes.

Les responsables de la qualité et de la sécurité examinent ensuite les rapports générés par le PSLs. Les commentaires servent à élaborer des plans d'action et à planifier les projets d'amélioration de la qualité en conséquence. Ce nouveau modèle de cohorte d'étudiants a fourni des renseignements fiables et un nombre cohérent de rapports en raison du placement régulier d'étudiants.

[0:28:57] Du côté des patients Passons à la diapositive suivante. L'outil Point de vue de l'utilisateur a été partagé à l'échelle nationale et internationale. En 2016, nous avons travaillé aux côtés d'un service de pédiatrie à l'Hôpital général de Victoria. Ce service a fait appel à une équipe bénévole composée de huit étudiants en soins infirmiers et de deux étudiants en médecine pour mobiliser les familles trois jours par semaine; ils souhaitent maintenant élargir cette pratique à d'autres sites comme le service pédiatrique de Nanaimo et les services d'urgence de l'Hôpital général Victoria.

Passons à la diapositive suivante, s'il vous plaît. Nous avons eu l'occasion d'examiner nos processus et nos flux de travail actuels, ainsi que la façon de les améliorer lorsque nous avons déménagé dans le nouveau centre technologique de soins de courte durée. L'une des principales préoccupations en matière de sécurité des patients signalées par les familles à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique concerne la mauvaise communication entre le personnel et les patients, ce qui a mené au projet tableau blanc dans chaque chambre de patient et au nouveau centre technologique de soins de courte durée.

Il s'agit d'un outil de communication avec les patients et les familles sur lequel ils peuvent noter les noms des médecins, des infirmières et des autres professionnels de la santé de leur enfant, les projets de la journée, les renseignements relatifs à son congé, les traitements à venir et toutes les questions éventuelles. Avant sa mise en place, le personnel a testé l'utilisation des tableaux

blancs en apportant les changements appropriés à la suite des commentaires de patients et de familles reçus.

Ce changement à grande échelle constitue une approche similaire dans l'amélioration des communications avec les patients et les familles pour que tout le monde soit sur la même longueur d'onde. L'importance et les avantages de cette approche ont été renforcés dans les discussions avec les familles et dans l'examen des commentaires de Point de vue de l'utilisateur. **[0:30:41]** L'entrevue Point de vue de l'utilisateur prend quelques minutes. Les patients et les familles s'inquiètent des problèmes de sécurité en lien avec les médicaments, les complications liées aux soins, les problèmes d'équipement, les mauvaises communications entre les membres du personnel, et entre la famille et le personnel. Les commentaires positifs sont également les bienvenus, nous en recevons beaucoup, et nous les transmettons au personnel.

Toutefois, si d'autres préoccupations nécessitent plus d'attention, nous encourageons le patient et sa famille à en parler à l'infirmière ou à l'infirmière responsable. Si la réponse n'est pas satisfaisante à leurs yeux, de l'information à propos du bureau de la qualité des soins aux patients leur est fournie.

Qu'est-ce que les patients et leur famille nous ont dit? Voici quelques exemples des commentaires recueillis à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique. Par exemple, une infirmière a accroché un sac pour perfusion intraveineuse contenant un médicament auquel ma fille était allergique, malgré le grand panneau sur la porte et un avertissement d'allergie sur son bracelet. À l'Hôpital pour femmes de la Colombie-Britannique, l'information n'était pas suffisamment diffusée parmi le personnel, surtout au moment du changement de quart. On a failli me faire passer un test en double, mais l'erreur a été détectée à temps.

Merci de passer les deux prochaines diapositives jusqu'à la satisfaction de la famille, s'il vous plaît. Leslie, je te cède la parole.

Leslie Louie :

[0:31:58] Merci, Cathy. Je voulais simplement ajouter que les soins centrés sur le patient sont l'une des principales priorités du plan stratégique du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. À l'Hôpital pour enfants et à l'Hôpital pour femmes de la Colombie-Britannique, notre vision consiste en la création d'une culture où l'engagement concret des patients et des familles est au premier plan de nos actions. Notre objectif est d'apprendre de nos familles, de mener des changements positifs, de renforcer nos partenariats et de trouver des solutions, tout en réduisant et en éliminant les lacunes observées. Le point de vue de l'utilisateur n'est que l'une des initiatives que nous mettons en œuvre à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique dans la foulée des commentaires des familles.

L'importance de la communication, du dialogue et de la mise en relation soulignée plus tôt ne peut se concrétiser que si nous nous servons d'outils très précis et spécifiques pour recueillir les commentaires des familles. Et voilà l'un des volets importants de Point de vue de l'utilisateur, de poser un certain nombre de questions précises aux familles. Comme Kathy l'a mentionné, les familles sont engagées et très heureuses de transmettre toute sorte de renseignements, tant positifs que négatifs, sur la façon dont nous pouvons améliorer nos programmes et services.

Bien, je pense que nous allons aborder brièvement les prochaines étapes. Cathy?

Cathy Masuda :

[0:33:32] Tout à fait. Nous avons fait beaucoup de chemin depuis le projet Research Bedside Observer et le projet pilote dans l'unité à l'Hôpital pour enfants en 2007 et 2012. Le succès à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique a suscité un grand intérêt pour d'autres secteurs de la Régie de la santé. En 2016, l'Hôpital pour femmes de la Colombie-Britannique et l'Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique ont également adopté Point de vue de l'utilisateur. Et l'an dernier, les services en santé mentale et en toxicomanie de la Colombie-Britannique l'ont également adopté.

[0:34:01]

Le programme est actuellement offert dans quatre emplacements de la PHSA. C'est stimulant, et nous espérons étendre nos activités à d'autres secteurs de la PHSA, comme le Sunny Hill Health Center. Cela démontre que les patients et les familles constituent une source d'expérience et d'expertise qui a été ignorée jusqu'ici. C'est ce que nous voulons changer, notamment parce que nous sommes tous conscients qu'ils représentent une ressource d'apprentissage précieuse pour nous améliorer sur une base continue. Merci d'avoir été des nôtres.

Leslie Louie :

[0:34:29] Merci à tous. Avez-vous des questions pour Cathy ou moi-même?

Ioana Popescu :

[0:34:35] Quelqu'un a une question, je crois. Merci à vous deux pour cette excellente présentation. Nous avons tous beaucoup apprécié. Une question que je vais vous poser d'abord, que je poserai aussi à l'équipe de SSA, nous vient de [Esha 00:34:44], qui mentionne le fait que les patients sont souvent considérés comme un groupe homogène et se demande comment inclure les différents déterminants sociaux ou moduler le sondage pour l'adapter aux besoins des différentes populations.

Cathy Masuda :

[0:35:03] La question était donc de savoir comment adapter le sondage aux besoins particuliers des patients et des familles.

Ioana Popescu :

[0:35:09] Du point de vue de la terminologie, de la culture, ou même des besoins physiques.

Cathy Masuda :

[0:35:15] Donc, actuellement, lorsque nos étudiants approchent des patients et leur famille, ils leur proposent de répondre au sondage par eux-mêmes ou de revenir à un autre moment. Ce que

nous avons trouvé très important, et bénéfique, c'est d'établir le dialogue avec eux en personne, car cela crée un environnement positif. Pour les familles où une barrière linguistique existe, nous accueillons un interprète, au besoin, mais cette rencontre doit être planifiée.

[0:35:48]

Donc, lorsque les familles manifestent le besoin de recourir à un interprète, une rencontre ultérieure doit être planifiée. Mais habituellement, nous n'avons que 48 heures pour faire l'entrevue avant l'obtention de leur congé, nous souhaitons donc qu'elle ait lieu le plus rapidement possible.

Ioana Popescu :

[0:36:06] D'accord. Merci.

Leslie Louie :

[0:36:07] Nous travaillons également en étroite collaboration avec les services linguistiques provinciaux pour faire appel à des traducteurs par téléphone, et de cette manière, nous pouvons transmettre de l'information dans différentes langues. Nous travaillons donc également sur ce projet en plein essor.

Ioana Popescu :

[0:36:28] Fantastique. Et de votre côté, Kathy, sur quoi travaillez-vous à SSA?

Kathy Kovacs Burns :

[0:36:32] De la même façon, nous disposons probablement des services d'interprétation pour recueillir des renseignements en temps réel sur les patients. Il faudrait que nous soyons prêts le moment venu. Habituellement, les chefs d'unité peuvent nous indiquer quelles sont les langues parlées par les patients et pour lesquelles nous devons prendre mesures.

Dans l'unité X dont parlait Marian, l'un de nos collègues parlait plusieurs langues, ce qui était très pratique. Mais je ne pense pas que ce type d'occasion se représente souvent. Je conviens donc que ça complique un peu les choses et que vous devez vous préparer pour recueillir des données sur les patients en temps réel.

Pour Autochtones, nous sommes en lien avec un Wisdom Council. Il est souvent possible de passer un appel très rapidement et dans certains hôpitaux, il sera possible de faire appel à des interprètes et des Autochtones sur place, et nous pourrions les inviter à se joindre aux patients ressources. Donc en effet, ça dépend, mais c'est assurément un défi. Oui, tout à fait.

Ioana Popescu :

[0:37:41]

Mm-mmm. Merci beaucoup. Theresa. Je me demandais si vous aviez des questions? Il n'y avait que celle-ci dans la boîte de clavardage.

Theresa Malloy Miller :

[0:37:45] Non, je n'ai pas de question pour le moment. On passe donc à notre prochain groupe?

Josh Myers :

[0:37:50] Bonjour tout le monde. Je m'appelle Josh Myers, directeur de l'expérience du patient à la Fraser Health Authority. Terry Brock, responsable régional de la pratique du travail social à Fraser Health, travaille également dans notre département de l'exercice professionnel. Nous sommes très heureux d'être ici. Merci de votre invitation.

Terry Brock :

[0:38:07] Oui, merci de nous avoir invités.

Josh Myers :

[0:38:09] À Fraser Health, je vais peut-être d'abord brosser le portrait de ce que nous faisons. Nous sommes donc une autorité sanitaire assez importante en Colombie-Britannique qui fournit des services à plus de 1,8 million de personnes. Il s'agit d'un ensemble de 12 hôpitaux de soins de courte durée, soit près de 8 000 lits de soins en hébergement. Nous avons environ 27 000 employés déployés dans 3 000 postes. Et nous desservons, pour ceux d'entre vous qui sont familiers avec la vallée du bas Fraser, une zone géographique qui s'étend de Burnaby à Hope, soit sur plus de 100 kilomètres. Il s'agit donc d'une couverture géographique et d'une base de population assez importantes.

La diapositive que je vous présente maintenant vise à positionner ce travail dans un contexte provincial plus vaste. Et nos partenaires de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique comprendront de quoi je parle. Au fond, au cours des dernières années, nous avons eu l'occasion, en tant que province, de façon très coordonnée et systématique, de mettre en œuvre des outils provinciaux de mesures sur l'expérience du patient. Au cours des dernières années, nous les avons mis en œuvre dans les services de soins de courte durée, de soins en hébergement et, tout récemment, dans nos services d'urgence partout dans la province. C'est un processus très bien structuré qui est déjà en place et qui recueille les données sur l'expérience des patients sur lesquelles nous nous appuyons.

[0:39:37] Toutefois, à la suite des discussions avec les patients et les familles à l'échelle régionale, mais aussi avec le personnel, nous avons constaté une lacune concernant l'accès immédiat et en temps réel à l'information et aux données. Et pour pouvoir ensuite se servir de ces données de façon à soutenir le rétablissement des services ou à encourager des améliorations dans des délais brefs. Nous avons donc réussi à créer un outil complémentaire au sondage provincial, qui offre en somme une approche de collecte de données en temps réel plus souple dont le personnel de première ligne peut se servir sans attendre et ainsi faire une différence concrète pour les patients et les familles tant qu'ils sont sous notre responsabilité.

Ce travail a été amorcé en 2017. Nous travaillons au développement d'un outil avec nos partenaires de Cree Technologies. Nous avons également travaillé avec notre conseil consultatif régional composé d'environ 12 patients issus de diverses communautés. Notre département de l'expérience du patient, Cree Technologies et le conseil ont mis au point un outil et une série de questions que nous avons jugé opportun de mettre à l'essai dans 35 unités de l'organisation en mai 2017, dans le but d'offrir aux patients et aux familles l'occasion de nous fournir une rétroaction en temps réel.

Cet outil a donc été créé sous forme de sondage électronique. Terry va vous en faire la démonstration dans un instant. Nous avons suivi un processus d'évaluation assez rigoureux avec notre groupe d'utilisateurs précoces. Ils nous ont fourni beaucoup de commentaires, tout comme les conseils consultatifs de patients, tant à l'échelle régionale que locale. En novembre 2017, nous avons été en mesure de lancer un produit final dans l'ensemble de l'organisme.

[0:41:42] Et juste pour vous donner une idée de la situation actuelle, depuis novembre 2017, nous sommes – je ne sais pas vraiment pourquoi nos diapositives changent. Cet outil est donc utilisé dans 13 établissements. J'ai dit 12 établissements de soins de courte durée, mais on en ajoute un de chirurgie ambulatoire. Il est donc utilisé dans chacun de nos établissements, mais à diverses étapes de sa mise en œuvre. Toutefois, l'ensemble de nos établissements de soins de courte durée s'en servent, et nous en sommes très fiers.

Concernant les soins à domicile, 10 % de sa mise en œuvre a été effectuée, et c'est le groupe sur lequel nous nous concentrons plus particulièrement actuellement. Nous nous préparons à son lancement dans les soins de santé primaires et les soins en hébergement à la fin de l'été. D'ici l'automne, ce sondage sera accessible dans chacune de nos zones de prestation de services.

Je cède maintenant la parole à Terry, qui va vous présenter un aperçu du sondage et de son fonctionnement à Fraser Health.

Terry Brock :

[0:42:36] Il s'agit donc d'un sondage électronique qui, espérons-le, sera facile d'accès pour les gens lorsqu'il leur sera soumis par voie électronique. Certains prestataires peuvent accéder au sondage de plusieurs façons, sur Internet notamment. Ils peuvent aussi y accéder grâce à un code QR. Il est possible aussi d'envoyer le lien vers le sondage par courriel aux patients et aux familles s'ils souhaitent y répondre plus tard. Il a été traduit en cinq langues, les langues les plus courantes dans notre autorité sanitaire : le pendjabi, le chinois, le coréen, etc.

[0:43:16] Voici de quoi a l'air l'écran d'ouverture de session lorsque les gens accèdent au sondage. Ils ouvrent une session ici et sont dirigés vers le sondage, qui ressemble à ceci. Comme vous pouvez le remarquer, il n'est pas très long. Nous avons en fait effectué une vaste analyse des outils à l'échelle nationale et internationale, ainsi que des nombreux sondages existants au sein même de Fraser Health. Nous avons fait le rapprochement avec les principales préoccupations communiquées au bureau de la qualité des soins aux patients. L'objectif était de faire un sondage court pour que les gens puissent y répondre facilement. Cela nous permet aussi de le parcourir et d'avoir accès aux données. L'avantage du format électronique est que les données et les réponses sont accessibles immédiatement. Ça va?

Josh Myers :

[0:44:10] C'est parfait. Merci, Terry. L'autre chose que j'ajouterais, c'est qu'au moment d'évaluer le sondage, nous évaluons également un processus opérationnel. Comme Terry l'a mentionné, il est possible d'envoyer le sondage par courriel. Les patients sont en mesure d'y répondre sur leur propre appareil au moyen d'un code QR ou d'un lien. Certains emplacements voulaient vraiment tester un processus qui inclut des bénévoles qui circulent dans l'unité. Nous avons constaté que ce processus opérationnel particulier était celui qui a généré le plus de réponses, de sorte que bon nombre de nos établissements de soins de courte durée suivent à peu près tous ce processus. Un peu comme c'est le cas pour nos partenaires de SSA.

Et cela nous a permis de recueillir beaucoup de données très parlantes. Dans nos établissements de soins ambulatoires, de santé à domicile et de soins primaires, nous proposons d'autres modes de fonctionnement, comme **<inaudible 00:45:01>**, le courriel, etc. Nous voulions donc créer un outil polyvalent sur le plan opérationnel, ainsi que différentes façons de l'utiliser pour que les équipes s'en servent dans le cadre de leur travail et obtiennent le plus haut taux de rétroaction possible.

[0:45:22] Ce que vous voyez ici n'est qu'un exemple de ce type de rapport. Ainsi, dès qu'un patient remplit le sondage, les gestionnaires sont immédiatement en mesure de consulter les données.

Contrairement au sondage provincial, aux données du PSLS ou à celles du bureau de la qualité des soins aux patients, qui sont généralement transmises à un cadre supérieur, qui transmet ensuite les commentaires, cet outil est vraiment conçu pour les employés de première ligne et destiné à être piloté par eux. Le personnel de première ligne et les gestionnaires sont les premiers à avoir accès à ces données, et il est ensuite possible de les faire remonter si c'est pertinent. En fin de compte, nous voulions qu'ils aient un accès immédiat et libre à cette information au fur et à mesure.

Voici à quoi ressemble l'un des rapports. Nous vous montrerons dans un instant un exemple de la façon dont les équipes se servent concrètement de cette information. Ce n'est qu'un exemple rapide de certains des commentaires ouverts que nous recevons. C'est dans les questions ouvertes que nous obtenons vraiment beaucoup de données pertinentes. Comme vous l'avez probablement remarqué, nous avons également offert aux employés l'occasion de commenter leurs expériences positives, car nous souhaitons à tout prix éviter la déviance positive et plutôt souligner l'excellent travail accompli au sein de notre organisme, autant que les points à améliorer.

Je vous donne un exemple de quelques équipes qui ont soumis ce sondage et de la manière dont elles ont traité les données. C'est l'hôpital Ridge Meadows, ou leur unité de réadaptation. Ils font partie de nos utilisateurs précoces et recueillent donc des données depuis près d'un an. Ils ont eu l'occasion de jeter un coup d'œil sur certains des tendances et des thèmes récurrents sur plusieurs mois.

[0:47:02]

Et je viens de mettre en évidence la réponse « toujours » ici. Cela signifie qu'avec cette question en particulier, 29 % des patients ont répondu « toujours » à cette question. L'équipe a pensé qu'il fallait s'assurer que les patients et les familles sont informés autant que possible de ce qui

concerne leurs soins et qu'ils participent à la planification de leur traitement, surtout dans un contexte de réadaptation.

Ils essaient donc d'augmenter la proportion des réponses « toujours ». Ils reçoivent par ailleurs des commentaires qualitatifs sur le fait qu'ils auraient pu mieux informer leurs patients au sujet de leurs soins, solliciter leur participation et les informer de leur congé à venir.

Le Rehab Journal a été créé à partir de cette information. Dans le but d'améliorer ces résultats, ils ont traité les données recueillies pendant plusieurs mois et en ont fait une trousse ou un passeport qui a permis une communication plus claire, centralisée et accessible aux patients, aux familles et au personnel en réadaptation pour amorcer une meilleure planification et communication des soins.

[0:48:20] C'est un exemple de traitement des données par nos équipes. Une autre initiative est notre programme en chirurgie de l'Hôpital Rural Columbia. Rural Columbia est notre principal centre de traumatologie et il compte quatre unités en chirurgie. On y a également fait le constat que les patients et les familles ne se sentaient pas préparés à la chirurgie, ou que cette information était ressortie dans le cadre du sondage. Ils ne se sentaient pas préparés à quitter l'hôpital et n'avaient pas l'impression d'être consultés dans la planification de leurs soins. Et pour ces unités en particulier, c'était évidemment préoccupant. L'hôpital est parti de cette information pour élaborer un ensemble de documents qu'ils ont appelé Recharge for Discharge, qui combinait deux initiatives différentes. L'une d'elles consiste à actualiser tout leur matériel chirurgical, avant et après l'opération par l'entremise de notre département d'éducation des patients, puis à offrir à leur personnel une formation sur la littérature en santé et une formation par les pairs pour les aider non seulement à avoir accès à du matériel éducatif, mais aussi à acquérir les compétences et les outils nécessaires en vue de l'application des connaissances avec les patients et leur famille de façon plus accessible.

Et voici leurs constatations. Voici le T3 de l'an dernier. Voici ce qu'ils ont constaté. Ce sont les commentaires qu'ils ont reçus. Les personnes répondaient « toujours » dans une proportion de 52 % aux questions concernant la fréquence à laquelle on les informe de leurs soins. Une proportion de 54 % a répondu « toujours », ou pour 56 %, « toujours » relativement à leur implication dans la planification de leurs soins, et ensuite les réponses « toujours » étaient très basses concernant leur préparation pour l'obtention de leur congé de l'hôpital.

Et vous pouvez constater qu'au premier trimestre 2018-2019, après la mise en œuvre de Recharge for Discharge, il y a une augmentation assez importante du nombre de patients et de familles qui ont répondu « très souvent » et « toujours » à ces mêmes questions. L'équipe est très fière de ce travail, qui a été présenté à quelques reprises depuis.

Comme Terry l'a mentionné, nous obtenons des taux de réponse très encourageants en ce qui concerne les points forts. Le fait qu'il soit court et rapide et qu'on puisse y répondre de plusieurs façons a été une force. Il est également disponible en six langues différentes. Nous avons également permis aux équipes d'ajouter jusqu'à six questions personnalisables à leur aire de soins. Tout le monde se pose donc les mêmes questions fondamentales, mais si vous êtes en réadaptation, en pédiatrie, en chirurgie ou en santé à domicile et que vous souhaitez poser

différentes questions propres à votre unité ou à votre programme, six questions personnalisables peuvent être ajoutées.

[0:50:39] Les données qu'ils obtiennent sont pertinentes, les résultats sont accessibles en temps opportun, et cette rétroaction a amélioré la mobilisation des employés de première ligne.

Très rapidement, voici quelques témoignages. Je crois qu'il s'agit de notre groupe d'utilisateurs précoces. Après avoir fini de nous aider dans l'élaboration de la version finale du sondage, ils nous ont fait part de certains commentaires sur ses avantages du point de vue du personnel. Ces commentaires proviennent principalement du personnel de première ligne. Je pense qu'il est très positif de voir le personnel de première ligne engagé dans l'amélioration de la qualité et dans la mesure de l'expérience du patient. Les employés de première ligne éprouvent un fort sentiment de responsabilité à l'égard de l'information qu'ils reçoivent, et ce sentiment est encore plus fort dans la concrétisation de ces données dans un service de qualité.

Pour finir, je voudrais souligner la mobilisation et la participation extraordinaires, non seulement de notre conseil consultatif régional de patients, mais aussi de nos conseils consultatifs locaux de patients, qui reçoivent régulièrement des commentaires et des mises à jour des résultats du sondage à leur échelle. Ils soutiennent également des équipes comme Ridge Meadows et Royal <inaudible 00:51:53> Surgical dans la conception de plans d'amélioration de la qualité et de mise en œuvre en fonction des commentaires reçus.

Terry Brock :

[0:52:00] Il nous reste probablement très peu de temps, alors nous nous arrêterons là et, si vous avez des questions, nous serons heureux d'y répondre.

Theresa Malloy Miller :

[0:52:09] C'est Theresa. Je suis de retour. C'était formidable. Quelles sont, selon vous, les prochaines étapes?

Terry Brock :

[0:52:21] Merci. Voici quelques-unes des étapes qui vont suivre. Certaines d'entre elles concernent la mise en œuvre. En ce moment, notre province et notre autorité sanitaire ont comme priorité le soutien des soins primaires et des soins de santé dans la communauté. Notre attention a donc essentiellement porté sur sa mise en œuvre dans les soins de courte durée, du moins au départ, en raison des ressources qui s'y trouvent et des aires de soins qui sont assez bien situées pour faire ce type de travail pendant la mise en route. Mais notre prochaine priorité cette année sera d'intégrer ce travail aux soins de santé primaires et de le relier à nos priorités et stratégies actuelles en matière de soins primaires.

Voilà donc une première étape. Ensuite, il s'agira d'effectuer un cycle Planifier – Exécuter – Étudier – Agir (PEEA) sur le sondage lui-même. Nous avons reçu des commentaires à savoir s'il devait s'agir d'une échelle de Likert à quatre, à cinq ou à dix points. Posons-nous les bonnes questions? Nous avons reçu beaucoup de commentaires de ce type. Comme il a été mis en œuvre en novembre, cela fait presque un an cet automne. Je crois qu'à la fin du mois de novembre, nous

aurons l'occasion de nous entretenir avec notre conseil consultatif régional de patients et certaines de nos principales parties prenantes pour poser ce genre de questions, réfléchir sérieusement aux fondements de l'amélioration de la qualité et déterminer si des changements mineurs doivent être apportés au sondage pour obtenir les données pertinentes recherchées.

Theresa Malloy Miller :

[0:53:49] Super. Merveilleux. Merci. Je vais redonner la parole à Ioana et nous allons conclure. Merci à tous de rester avec nous et d'être si patients. Je vous cède la parole, Ioana.

Ioana Popescu :

[0:54:00] Oui, merci beaucoup à tous les présentateurs. Quelques autres questions pertinentes nous ont été posées, je vous les enverrai par courriel pour gagner du temps. Je crois que la liste d'inscription nous permettra de communiquer par courriel avec les personnes qui ont posé les questions afin que ces dernières puissent obtenir quelques réponses supplémentaires.

Excellentes présentations. C'était bien de voir que certains organismes ont commencé par la recherche et les sondages, tandis que d'autres ont commencé par un cycle PEEA. C'est tout simplement fantastique de voir comment tout cela a pris forme de différentes façons dans vos organismes. J'aimerais presque vous lancer l'invitation pour l'année prochaine pour savoir où vous en serez.

Janet a projeté un sondage à l'écran, merci de prendre quelques instants pour y répondre si vous voulez bien. Pendant ce temps, j'inviterai nos invités de SoinsSantéCAN et de HSO à nous faire part de leurs derniers commentaires. Allez-y, Jessica tout d'abord.

Jessica :

[0:55:01] Merci, Ioana. Je tiens à remercier les trois organismes et les équipes d'avoir été si ouverts à partager vos pratiques exemplaires, vos pratiques novatrices et les enseignements tirés, car je crois que ces pratiques sont souvent tout aussi importantes que les réussites, et elles ont été nombreuses. Merci beaucoup de nous en avoir fait part et de continuer ce travail colossal pour amener les patients et les familles à participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Theresa Malloy Miller :

[0:55:32] Parfait. Mireille?

Mireille :

[0:55:35] Un merci rapide aux patients, aux familles et aux partenaires de soin qui ont participé à ces initiatives. Je sais que bien souvent, ils donnent de leur temps sans compter et au bénéfice de tant de personnes. Merci aux patients et aux membres de leur famille qui ont consacré du temps à ces efforts.

Theresa Malloy Miller :

[0:55:59] Oui, tout à fait. Un grand merci à tous de vous être joints à nous aujourd'hui pour ces échanges stimulants. Le diaporama et l'enregistrement seront disponibles sur notre site Web dans une semaine environ. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous en faire part. Voici notre adresse courriel à l'écran. Passez une excellente journée et nous avons hâte de vous revoir bientôt.

Au revoir tout le monde.

<Fin de l'enregistrement>