



Ministère de la Santé et des Services sociaux

Présentation des Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI)

Annexe 6a de la trousse de déploiement

Septembre 2017

Québec 

> Les partenaires

Équipe de recherche du CdRV

Nicole Dubuc, Professeure École des sciences infirmières, FMSS, Université de Sherbrooke. Directrice scientifique CdRV, CIUSS-Estrie-CHUS

Nathalie Delli-Colli, Professeure adjointe École de travail social, Université de Sherbrooke CdRV CIUSS-Estrie-CHUS

Lucie Bonin, MD, Médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique à la Direction de santé publique CIUSSS la Mauricie et Centre du Québec

Yves Couturier, Professeur titulaire École de travail social, Université de Sherbrooke, CdRV CIUSS-Estrie-CHUS

Personnels de recherche

Cynthia Corbin, MA. gérontologie

Afiwa N'Bouke, Ph.D., démographie

MSSS

Isabelle Labrecque, chargée de projet clinique soutien à l'autonomie et objet prioritaire SAD

Sébastien Lessard, ing.

Chef de projets senior et gestionnaire d'actif RSIPA

Valérie Guillot, Conseillère à la Direction des orientations des services aux aînés

Danièle Mercier, Conseillère à la Direction l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique

CESS

Joanne Guilbeault, directrice CESS

Diane Boyer, M.Sc., MAP

Les trois sites pilotes

CISSS de la Montérégie-Ouest

CISSS Chaudière-Appalaches

CIUSS l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

> Historique...

Initié en 2007 par une équipe de recherche dirigée par la professeure Nicole Dubuc de l'Université de Sherbrooke et grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Cette subvention a été obtenue dans le cadre d'une subvention d'équipe dirigée par les professeurs François Béland et André Tourigny, issue de deux équipes antérieures de recherche qui ont mis en commun leurs forces et leurs expertises.

Les OCCI ont été développés en suivant rigoureusement les étapes recommandées par *l'European Pathway Association* (E-P-A.org) et les travaux de DeLuc et collaborateurs (2001a, 2001b, 2003).

> Historique (suite)

En novembre 2011, une nouvelle étape a été franchie alors que l'équipe de recherche et le « Centre de santé et services sociaux (CSSS) Jardins-Roussillon » ont convenu de l'opportunité de réunir leurs compétences respectives en vue de l'informatisation des OCCI.

Ce partenariat s'est appuyé sur l'approche de l'application des connaissances du modèle des IRSC, selon lequel les intervenants et les utilisateurs potentiels des connaissances issues de la recherche prennent part à l'ensemble du processus de recherche.

Les OCCI ont ainsi été complétés à partir des connaissances issues de la recherche et de celles issues des savoirs expérientiels.

> Historique (suite)

Soulignons que l'instauration de système d'information (SI) est reconnue comme une composante clé du succès de l'utilisation des OCCI.

- Mars 2015, le MSSS intègre les OCCI à son projet d'informatisation des réseaux de services intégrés aux personnes adultes nommé « RSIPA » pour leur utilisation éventuelle dans l'ensemble du réseau.

Ce projet s'inscrivait dans l'intention de favoriser le développement et l'implantation d'outils informatisés visant à soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'échanges et d'intégration.

> Historique (suite)

Juin 2016, mise en place de 3 sites pilotes :

- CISSS Montérégie-Ouest (site Jardins Roussillon);
- CISSS Chaudière-Appalaches (site Alphonse-Desjardins);
- CIUSSS Ouest-de-l'Île-de-Montréal (site Ouest-de-l'Île-de-Montréal).

S'appuyant sur le cadre théorique d'Application des Connaissances des IRSC, le projet d'évaluation s'est réalisé selon le processus d'application des connaissances, où les intervenants ou les utilisateurs potentiels des connaissances travaillent en partenariat pour améliorer les outils de cheminements cliniques informatisés.



Que sont les OCCL, plus précisément ?

> Définition

Les OCCI :

- Une **démarche** pour une réponse individualisée aux besoins de la personne et de sa famille;
- basée sur les processus cliniques et sur des données probantes;
- Ce sont des outils suggérant les meilleures pratiques cliniques selon des itinéraires définis dans le temps et l'espace pour un groupe de personnes présentant une même condition, afin de faciliter la coordination et la prestation de soins de qualité.



➤ La provenance de la terminologie

- Instauration **d'outils de cheminements cliniques** (*integrated care pathways, clinical care pathways, critical pathways, care maps*);
- Des outils d'aide à la décision.





Les fondements des OCCI

Basés sur le modèle québécois Perspectives pour un Vieillissement en santé (VES), les OCCI soutiennent les meilleures pratiques pour :

- L'évaluation globale et la planification des services/soins personnalisés;
- L'autonomisation (*Restorative care ou re-ablement*);
- Des soins centrés sur la personne (*Patient centered care*) : pour un partenariat de soins usagers et les pratiques collaboratives.

➤ La démarche

- Consensus sur les besoins et l'offre optimale de services s'adressant à des **groupes de clientèle possédant des caractéristiques similaires**;
- Consensus basé sur les **données probantes** identifiant les pratiques optimales de chacune des disciplines concernées : prévention, observation, évaluation, enseignement, adaptation et réadaptation, intégration sociale, examens, traitements, etc., selon le profil de besoins;
- Planification de la **séquence optimale** de l'offre de services dans le temps et dans l'espace...facilite le suivi systématique des personnes (ex. : vaccination).

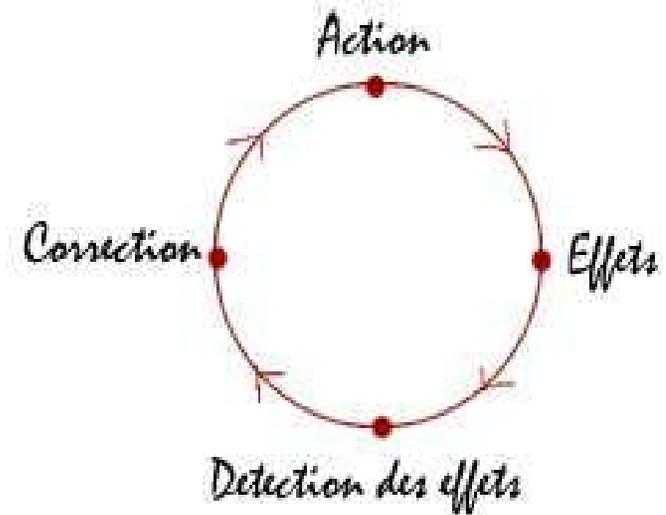
➤ Éléments considérés

- Personnes présentant différents profils d'autonomie :
 - ✓ 14 profils Iso-SMAF
- Fonctionnement social :
 - ✓ SMAF social
- Marqueurs de fragilité :
 - ✓ Perte de poids non intentionnelle, faible niveau d'endurance, diminution de la force, faible taux d'activités, mobilité (vitesse de marche), cognition, humeur dépressive
- Autres conditions :
 - ✓ Risques : dénutrition, chutes, plaies de pression
 - ✓ Indices : maltraitance, inaptitude, épuisement des proches, isolement, absence de réseau

➤ Évaluation des résultats cliniques et des écarts

- Sert surtout à identifier les écarts
 - ✓ Objectifs de soins et résultats non observés
 - ✓ Services Requis-Fournis
- Écarts - Variations
 - ✓ liées à *l'utilisateur*
 - ✓ liées à *l'intervenant*
 - ✓ liées *au système*

Apporter des solutions aux plans clinique et organisationnel



➤ Pertinence des OCCI

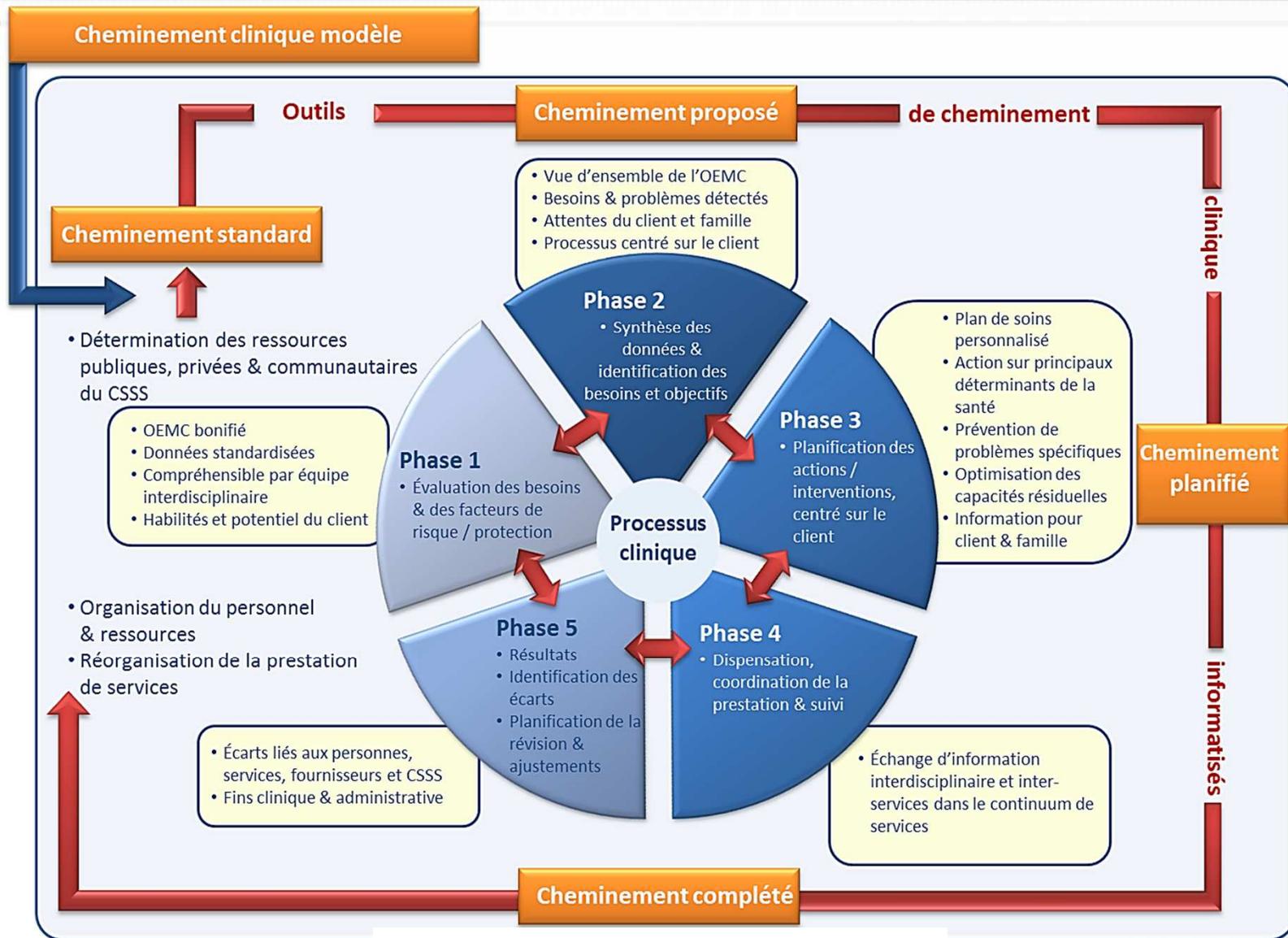
- À ce jour, aucun outil clinique de ce genre (**pour un profil de besoins originant de multimorbidités et incapacités**) n'est disponible pour le suivi des clientèles adultes vivant dans la communauté;
- Réponse prometteuse aux préoccupations liées aux **iniquités reliées à un profil de besoin**, à la **variabilité** de l'offre de service, à la **sécurité des usagers** et à **l'augmentation des coûts de santé**.



Plus concrètement...

Quelles en sont les composantes?

Représentation des OCCI



CISSS et CIUSSS



Livraison de décembre 2017

Les outils de cheminements cliniques informatisés – déploiement décembre 2017

Phase 1

- OEMC 2016 (incluant les facteurs de risques et les algorithmes)

Phase 2

- Synthèse (incluant la vue d'ensemble de l'OEMC, l'automatisation des problèmes détectés, la priorisation des problèmes/besoins, prise de décision éclairée)

Phase 3

- Transfert vers le plan (incluant la proposition de problèmes, objectifs et moyens d'intervention liés aux problèmes/besoins priorités par l'utilisateur)

*Phases 4 et 5 des outils de cheminements cliniques informatisés seront développés dans le projet informatisation des activités en SAD

Nutritionnel

Isolement social

Fragilité

Arthrite
Tremblements
Perte
d'appétit

Perte poids

Apathie
Dépression

↓ Loisirs
↓ Entretien personne
↓ ∅ Liens sociaux

Autonomie

Profil 4

↓ Vision

↓ Force
musculaire
↓ endurance

↓ Continence

Peur de chuter
↓ Activités et mobilité
Variations glycémiques

Score handicap +
Cumul des tâches
par l'aidant
Verbalisation de l'aidant
Différentes prises de
décision, anxiété

Chutes

OCCE un effet d'entonnoir





En conclusion :
Que devrait-on en retirer ?

Les bénéfices...

- Meilleure qualité d'évaluation globale :
 - ✓ normaliser l'évaluation
 - ✓ identifier précocement des facteurs de risques et de protection
 - ✓ capter davantage la vulnérabilité, la fragilité, mais aussi les forces et ressources de l'usager
 - ✓ repérer les cas complexes, avec instabilité, où l'équilibre est rompu ou risque d'être rompu avec leur environnement
 - ✓ identifier plus rapidement les besoins comblés et non comblés
 - ✓ planifier et ajuster rapidement l'offre des soins et services selon les écarts
- Évaluations plus « homogène » entre les professionnels;
- Soutien sur le plan des pratiques d'interdisciplinarité qui favoriseront la continuité pour la personne;
- Beaucoup plus de précisions. Moins basé sur les impressions :
 - ✓ Basé sur les données probantes.

➤ Les bénéfiques (suite)

- Meilleure participation de l'utilisateur et meilleure connaissance de celui-ci :
 - ✓ On ne peut pas « oublier » de questions
 - ✓ Permet concrètement la participation de l'utilisateur : il priorise ses besoins
 - ✓ Fait valoir ses attentes ou aspirations
 - ✓ Fait des choix de vie
- Anticiper les changements plutôt que de les subir;
- Soutien à la pratique à l'aide de données probantes;
- Outil plus visuel;
- Moins d'écritures à faire.

➤ Ultimement pour les usagers

Recevoir des services continus, individualisés, sécuritaires qui favoriseront :

- ✓ leur autonomisation
- ✓ l'optimisation de leur fonctionnement dans toutes les sphères de leur vie
- ✓ leur satisfaction
- ✓ l'amélioration de leur santé
- ✓ et une meilleure qualité de vie

Démonstration...



➤ Témoignages...



Questions - Commentaires

