

Pratique

DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

La qualité
en physiothérapie





Making **physiotherapy**
more profitable

Pour rendre la **physiothérapie** **plus rentable**

Pure Care, le seul grossiste national de produit Physiothérapique, a procuré des solutions créative et rentable pour de nouvelles et existantes cliniques de Physiothérapie et des centres publiques de réhabilitation de la santé depuis 1998.

Avec une réputation pour associer des valeurs excellentes et services exceptionnels, les infrastructures d'approvisionnement nationales Pure Care assurent que les produits sont recherchés plus proche des consommateurs. Etant l'unique fabricant à distribuer directement aux consommateurs, Pure Care offre plus de 1000 lignes de produit supérieurs pour livraison dans un délai de 48 heures, allégeant le besoin pour nos consommateurs pour stocker un inventaire excédentaire ou engager une commande à l'avance, et provenant de l'amélioration de la rentabilité et viabilité de l'entreprise pendant des périodes économiques difficiles.

Pure Care fabrique la plupart des produits que nous fournissons. Etant la principale source de produit pour de nouvelles ouverture de Clinique Physiothérapique – cliniques avec privés, MVA, ICBC, WSIB, et le nombre de cas de patients WCB – Pure Care est engagé pour vous aider à réaliser des économies importante pour réinvestir dans votre société et son avenir.

A Pure Care, nous reconnaissons nos relations professionnels. Laissez nous réaliser vos rêves financiers.

Nous vous invitons à nous visiter à:

www.purecareinc.com

Richmond, BC | Langley BC | Edmonton, AB | Calgary, AB | Brampton, ON | Toronto, ON

Nous sommes une source de produit de réhabilitation mondiale, nationale et locale.



Pratique

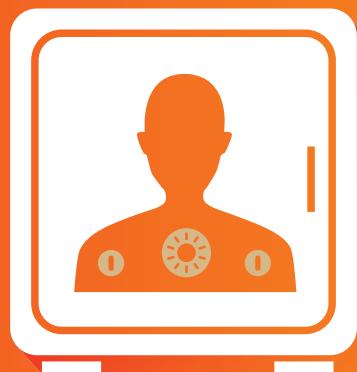
DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Congrès 2016 | Vol. 6, N° 3



Association
canadienne de
physiothérapie

Canadian
Physiotherapy
Association



8



22



32

Le patient s'attend à des soins de qualité	6
De l'importance de la sécurité des patients	8
Votre traitement est-il efficace?	14
Si vous souhaitez pratiquer une médecine réellement fondée sur les données probantes, lisez ceci	18
Vous utilisez votre liste d'attente pour mesurer la demande? Que diriez-vous de l'éliminer complètement?	22
« Efficience » serait-il devenu un gros mot?	26
La physiothérapie équitable : son importance et les obstacles à sa concrétisation	28
L'approche qualité du XXI ^e siècle en santé : faisons-nous fausse route?	30
Engagement du patient : implications pour la pratique de la physiothérapie et l'amélioration de la qualité	32
La Saskatchewan adopte la méthode Lean pour améliorer la sécurité des patients et du personnel	36
En vedette : La division leadership de l'ACP	38



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie

JOHNSON

ASSURANCES HABITATION
+AUTOMOBILE

CECI EST SPÉCIALEMENT Pour Vous

Il y a maintenant plus de 50 ans depuis que Johnson veille à ce que les membres d'associations et de groupes préférentiels profitent davantage de leurs garanties d'assurances habitation et automobile. À titre de membre de l'**Association canadienne de physiothérapie**, vous profiterez non seulement d'économies et de rabais supplémentaires, vous bénéficierez également de garanties étendues, d'un service de règlement des sinistres 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, des milles de récompense AIR MILES^{MD} et tellement plus. C'est une façon pour nous de vous apprécier.

Imaginez ce que *Vous*
pourriez faire avec
25 000 \$*
Obtenez une soumission
pour courir la
CHANCE DE GAGNER
Johnson.ca/méritezplus

**Appelez dès aujourd'hui pour
obtenir votre soumission.**

Mentionnez le code de groupe **QX** lors de votre appel.

**ASSURANCES HABITATION
ET AUTOMOBILE** 
1 877 742-7490

Johnson Inc. (« Johnson ») est un intermédiaire autorisé en matière d'assurance. Les assurances habitation et automobile sont principalement souscrites auprès de la société Unifund, Compagnie d'Assurance (« Unifund »). Johnson et Unifund sont des filiales apparentées. L'assurance automobile n'est pas offerte en C.-B., au Man., ou en Sask. Un régime différent est offert au Qc. Les rabais offerts pour les assurances habitation et automobile ne s'appliquent qu'au titre des contrats d'assurance souscrits auprès de la société Unifund. Des critères d'admissibilité, des restrictions, des exclusions ou des frais supplémentaires peuvent s'appliquer et (ou) varier selon la province ou le territoire. Les milles de récompense AIR MILES^{MD} ne sont accordés qu'au titre des contrats réguliers d'assurance habitation ou automobile souscrits auprès de Unifund et crédités lors d'un paiement de primes. Un (1) mille de récompense AIR MILES est accordé pour chaque 20 \$ de primes que vous acquitez (taxes incluses). Les milles de récompense AIR MILES ne sont pas disponibles en Sask., au Man. ou au Qc. ^{md/mc} Marques déposées/de commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employées en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et Johnson Inc. (au nom de Unifund). Les modalités, restrictions et exclusions qui s'appliquent aux garanties sont précisées dans chacun des contrats d'assurance afférents. Le libellé officiel dudit contrat prévaudra. *Le Concours « Vous méritez PLUS » (le « Concours ») se déroule du 1^{er} août 2015 au 31 juillet 2016. Le Concours est offert aux personnes qui, au moment de leur inscription : (i) sont membres d'un groupe reconnu tel qu'il est décrit dans le Règlement du Concours, (ii) sont des résidents du Canada (Qc et Nunavut exclus), et (iii) ont atteint l'âge de la majorité dans leur province de résidence. D'autres critères d'admissibilité s'appliquent. Aucun achat nécessaire. Un prix de 25 000 \$ CA à gagner. Les chances de gagner varient selon le nombre d'inscriptions admissibles reçues. Vous devrez répondre correctement à une question arithmétique. Consultez www.johnson.ca/méritezplus pour tous les détails du Concours. MVM.09.2015



Mesurer la qualité en santé

« *Montre-moi ton budget et je te dirai quelles sont tes priorités* »... Les

provinces consacrent presque la moitié de leur budget à la santé; on peut donc supposer que celle-ci est toujours au cœur des valeurs canadiennes. Nous avons la chance d'avoir accès à des soins de santé publics; devons-nous vraiment nous préoccuper aussi de leur qualité?

Il le faut, car la qualité entraîne l'efficience, qui elle-même conditionne les coûts; il est donc essentiel de mesurer la qualité pour assurer la viabilité du système de santé. Pour ce faire, on peut adopter l'approche du « triple objectif » – qualité, accessibilité et abordabilité –, une triade qui semble souvent impossible à atteindre. Afin de trouver l'équilibre entre la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité en santé, il faut évaluer et améliorer continuellement le système en se basant sur des données probantes et en appliquant des cycles PFVA (planifier, faire, vérifier, agir). Chaque équipe de soignants développe ses propres indicateurs de qualité, qui s'inscrivent généralement dans un cadre établi par les conseils provinciaux de qualité des soins de santé et accepté par tous les intervenants. Le plus souvent, ce cadre comprend six dimensions : pertinence, accessibilité, acceptabilité, sécurité, efficience et efficacité.

L'évaluation d'un système de santé se fonde notamment sur la collecte constante de données relatives à des indicateurs de rendement clés (IRC). Ces mesures, qui font l'objet de rapports réguliers, constituent des données pertinentes sur le rendement du système de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille et analyse les données sur le rendement du système de santé canadien à l'échelle nationale, provinciale et locale. Parmi les IRC, on compte par exemple le temps d'attente pour l'accès à certains soins comme les chirurgies. Mais les IRC, même s'ils sont importants, ne sont pas des résultats cliniques, et ne sont donc pas très utiles pour prendre les décisions relatives à chaque patient. Nous avons besoin d'un système intégré qui combine les IRC dont les décideurs ont besoin aux résultats cliniques nécessaires à la prise de décisions individuelles. L'idéal serait donc de disposer de résultats cliniques pour la prise de décisions, puis de les agréger pour obtenir des IRC utiles aux intervenants. Cela inciterait les cliniciens à recueillir des données valides qui serviraient les deux objectifs. Mais ce sont l'analyse des résultats et leur communication aux professionnels de première ligne, plus importantes encore que la collecte de données, qui permettent d'améliorer les soins. Il existe d'excellents exemples de l'utilisation d'un tableau de bord prospectif pour obtenir ce type d'impact¹.

Malheureusement, la mesure de la qualité en santé est encore surtout axée sur les soins prodigues dans les hôpitaux; peu de systèmes ont été mis en place pour évaluer la qualité des soins de proximité. Au cours de la prochaine décennie, alors que les services de santé connaîtront une transition des hôpitaux de soins de courte durée vers les soins de proximité, nous devrons trouver des façons de mesurer l'impact de cette transition. En tant que physiothérapeutes professionnels intervenant tout au long du continuum de soins – dans le secteur public et le secteur privé, aussi bien pour les soins de courte et de longue durée que de proximité –, nous devons nous mobiliser pour montrer la voie à suivre par la création d'IRC et de systèmes intégrés de collecte de données permettant de combler les lacunes. Sommes-nous prêts? Qui devrait s'en charger : le système de santé, les employeurs, votre association, les organismes de réglementation? Si chaque solution présente des avantages et des inconvénients, les systèmes les plus efficaces sont ceux qui prévoient la collecte des données, leur analyse par une tierce partie indépendante du système de santé et de sa réglementation, et la production de rapports à l'intention des fournisseurs de soins.

La transition des hôpitaux de soins de courte durée aux soins de proximité intégrés est nécessaire, mais elle ne sera pas facile. Il faudra notamment créer un système intégré de communication et de collecte des données; en effet, les praticiens de soins de première ligne disposent de très peu de moyens de communiquer afin d'assurer la continuité des soins. Les priorités et les budgets sont principalement axés sur les soins hospitaliers, et il faut souligner l'absence de planification pour la prestation des soins de proximité; c'est pourtant là que la plupart des physiothérapeutes travaillent aujourd'hui. La réflexion manque, non seulement quant à la prestation de soins de proximité intégrés, mais aussi sur la réadaptation dans le secteur public. Il est difficile de changer ou d'améliorer ce qu'on ne peut pas mesurer : comme professionnels, que faisons-nous pour combler cette lacune? La mesure de la qualité en santé n'est pas un luxe; c'est une nécessité – c'est pourquoi nous en avons fait le thème de ce numéro de *Pratique de la physiothérapie*.

Au nom du conseil d'administration et du personnel de l'ACP, j'espère que vous apprécierez ce numéro qui porte entièrement sur la qualité des services en physiothérapie. Nous avons hâte de vous voir au congrès à Victoria, où la qualité sera bien sûr au rendez-vous!

Linda Woodhouse
president@physiotherapy.ca

1. Smith C, Christiansen T, Dick D, Howden JS, Wasylak T, Werle J. Performance management tools motivate change at the frontlines. *Healthc Manage Forum*. 2014 Spring;27(1):15-9



Association
canadienne de
physiothérapie

Rédacteurs en chef

Kim Tytler
Jamie Noonan

Direction artistique

Shift 180

Traduction

Elite Communication

Collaborateurs

Carol Fancott
Kate Fast
Cathy Hoyle
Maria Judd
Sandi N. Kossey
Chantal Lauzon
Allan Macdonald
Trisha Parsons
Joe Putos
Jennifer Rees
Mark Werneke
Sarah Wojkowsky

Ventes publicitaires

Donna Ringrose
advertising@physiotherapy.ca
La publication d'une annonce ne constitue pas un cautionnement du produit ou du service par l'ACP.

Éditeur

Association canadienne de physiothérapie
editor@physiotherapy.ca

Réimpression

Toute reproduction ou copie de ce magazine, en tout ou en partie, est interdite sans la permission de l'éditeur.

Poste-publication

Convention n° 40065308

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à :

Association canadienne de physiothérapie
955, croissant Green Valley, bureau 270
Ottawa (Ontario) K2C 3V4

Suivez-nous :

facebook.com/CPA.ACP

twitter.com/physiocan

linkedin.com/company/canadian-physiotherapy-association

©Association canadienne de physiothérapie, 2016. Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmager dans un système d'extraction, ou de le transcrire, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou autre, sans le consentement écrit préalable de l'Association canadienne de physiothérapie. Veuillez faire parvenir vos demandes au directeur de la rédaction en composant le 800-387-8679, poste 231, ou en écrivant à l'adresse editor@physiotherapy.ca.



Le patient s'attend à des soins de qualité

Chantal Lauzon, P.T., gestionnaire de pratique principale de l'ACP, membre de l'ACP depuis 1995

Vous êtes-vous déjà demandé si vos patients sont capables de discerner entre des soins de qualité et des pratiques douteuses?

La réponse courte est oui. Mais ce n'est pas tout.

Le milieu de la santé n'échappe pas à l'évolution des habitudes de consommation. Nous desservons désormais une clientèle mieux renseignée et plus sensible à la valeur qu'elle retire des soins. À la recherche de résultats éprouvés, nos patients se fient aux

évaluations en ligne au détriment du bouche-à-oreille. Nos gestes sont de plus en plus surveillés et susceptibles de porter atteinte à la réputation de la profession.

L'ACP a entrepris une campagne axée sur la qualité en physiothérapie. Afin de rejoindre un plus grand public, nous republions ici la série de billets de blogues. Nous ferons également la

promotion de la campagne sur tous nos canaux de communication. Ainsi, si vous ne nous avez pas encore « aimés » sur Facebook ou ne nous suivez pas sur Twitter (@PhysioCan), c'est un bon moment d'essayer quelque chose de nouveau pour suivre la conversation – ou encore mieux, y participer. Nous voulons connaître votre vécu.

Le Code d'éthique de l'ACP a été revu en 2014 afin de tenir compte de l'évolution des habitudes de consommation en santé.

Individuellement et collectivement, nous adhérons aux principes du Code d'éthique de l'ACP et de celui des instances réglementaires provinciales. Voici quelques exemples de façons dont nous respectons ces principes :

- Le plan de traitement du patient constitue un partenariat établi entre le thérapeute et lui. Les deux travaillent en équipe pour obtenir les meilleurs résultats possible.
- Prenez le temps de réaliser une évaluation approfondie, de déterminer les répercussions de la maladie ou de la blessure sur le patient et de bien comprendre les antécédents psychosociaux du patient avant de proposer un plan de traitement.
- Établissez les objectifs de traitement en tenant compte des valeurs, des besoins, des objectifs et de la disposition au changement du patient. Évaluez régulièrement la progression subjective et objective du patient vers les objectifs fixés en vous basant sur des mesures des résultats.
- Éduquez le patient (et, dans certains cas, le soignant) sur son problème de santé et outillez-le en lui enseignant des stratégies d'autogestion pour éviter que se forme une relation thérapeutique fondée sur la dépendance.
- Orientez le patient vers un collègue lorsque le traitement nécessaire va au-delà de vos compétences ou de votre champ de pratique.
- Expliquez le traitement proposé, les risques et les bienfaits. Répondez aux questions du patient avant, pendant et après le traitement, afin d'obtenir un consentement éclairé.
- Visez l'excellence en réfléchissant aux soins que vous avez fournis et à comment vous pourriez les améliorer. Élargissez régulièrement vos compétences. Faites une analyse critique de votre pratique et, au besoin, adaptez-la en vous appuyant sur les données les plus récentes.
- Restez branché avec le milieu en interagissant avec collègues, mentors, communautés de praticiens et votre ordre professionnel, que ce soit par l'intermédiaire d'une division, d'un district local, d'une section provinciale ou du bureau national de l'ACP.

Des soins de qualité sont **sécuritaires, efficaces, axés sur le patient, dispensés au bon moment, efficents et équitables**

À savoir

En plus d'adhérer au Code d'éthique de l'ACP, les physiothérapeutes et assistants-physiothérapeutes s'efforcent d'offrir des soins de qualité (#QualityPT). Qu'est-ce que cela signifie, concrètement?

La *qualité* a été définie par l'Institute of Medicine (IOM) en 1990 comme étant « la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations accroissent la probabilité d'effets attendus sur la santé et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles »¹. En 2001, l'IOM a défini les six dimensions de la qualité², à savoir :

1. Sécurité
2. Efficacité
3. Soins axés sur le patient
4. Accès opportun
5. Efficience
6. Équité

L'ACP propose d'ajouter à cette liste une septième dimension : le **rapport coût-efficacité**.

Avons-nous manqué quelque chose?

Nous explorerons ces dimensions de la qualité dans ce numéro de *Pratique de la physiothérapie*. Reflètent-elles bien les attentes de nos patients? Devrions-nous en envisager d'autres? De quelle manière l'ACP doit-elle définir la qualité des soins en physiothérapie? Le comité responsable de la qualité de l'ACP tentera de définir la qualité dans notre profession et d'examiner comment tous les intervenants, qu'ils exercent en milieu hospitalier, dans une chaîne de cliniques ou à leur compte, peuvent adopter des mécanismes d'amélioration de la qualité.

La vaste majorité des physiothérapeutes prennent très au sérieux leur engagement envers leurs patients. Ils font systématiquement

le point sur leurs pratiques dans un souci d'amélioration. Ils sont animés par un désir d'offrir les meilleurs soins possible et se perfectionnent sans cesse. Ils pratiquent avec rigueur une profession qui s'appuie sur des évidences scientifiques et revoient continuellement leurs méthodes en fonction des dernières avancées.

Ce sont ces forces qui nous permettront de répondre aux besoins grandissants et de faire face aux nouvelles réalités démographiques et à l'évolution du système de santé. Et c'est en misant sur ces forces que la physiothérapie continuera d'être respectée et prisée comme service de réadaptation, de promotion de la santé et de prévention.

La grande majorité des physiothérapeutes sont très bien formés, passionnés par leur métier et voués à offrir des soins de la plus haute qualité. Nombre d'entre eux sont engagés dans une démarche continue d'amélioration de la qualité depuis le début de leur carrière. D'autres améliorent leur pratique de façon plus informelle ou en étudiant leurs propres résultats cliniques.

Les établissements de soins de santé sont nombreux à adopter d'une façon ou d'une autre les dimensions de la qualité de l'IOM. Pour s'assurer que nous parlons tous le même langage, je vous invite à explorer dans les pages de ce numéro ces six dimensions ainsi que les façons dont la qualité est mesurée et améliorée.

En étant conscient des indicateurs de qualité qui peuvent être mesurés et des mesures à prendre pour assurer l'amélioration continue de sa pratique, chaque praticien peut contribuer à éléver la profession toute entière.

Ensemble, nous pouvons renforcer notre profession. ☈

Now integrated with

FOTO
FOCUS ON[®]
THERAPEUTIC
OUTCOMES INC.

\$145
per MONTH

No Long-Term Contract
No Up-Front Costs

- Billing + Scheduling
- Documentation/EMR
- Business Growth Tools
- Telus, HCAI, WSIB and OHIP Integrated

practice perfect
EMR + Management Software

Get your practice in shape.
Book your demo today:
877.510.7473
www.practiceperfectemr.com

6
CANADIAN
CAMPUSES

Canadian College
Of Osteopathy
Toronto Campus
Winnipeg Campus
877-893-0367
416-597-0367

College d'études
Osteopathique
Montreal Campus
Quebec City Campus
Halifax Campus
Vancouver Campus
800-263-2816
514-342-2816

www.COLLEGESOFOSTEOPATHY.COM

**CANADIAN COLLEGE OF
OSTEOPATHY**
TORONTO CAMPUS

Study with us and grow your practice!

This 5 year part time program is designed to help health-care professionals gain experience and evolve their practice while studying.

THE CANADIAN COLLEGE OF OSTEOPATHY OFFERS:

- A program tailored to professionals already in clinical practice
- A professional student clinic experience
- A low instructor-to-student ratio
- Experienced faculty with many years of clinical practice
- Part-time study only 5 days out of the month while you work
- Our graduates have high success of employment
- Over 30 years of experience

PROGRAM STARTS: SEPTEMBER 2016
Don't delay, contact the Canadian College of Osteopathy
TORONTO CAMPUS - 416-597-0367

THE ONE THING YOU'LL NEVER GET FROM PHYSIOTEC.



NEW
EASIER AND BETTER
Responsive Interface



Get with the times and log in to Physiotec's revolutionary way of showing patients how to do home exercises.

Put Physiotec at the heart of your patients' wellbeing, and see how our custom-designed video exercise program can empower them and speed up their recovery time. With thousands of videos available plus our made-to-measure video option, we are redefining the way in which patients exercise their way back to health.

Get the full story on how we're changing the world of exercise programs on stickmen.tv



1 866 301-3436
physiotec.ca
info@physiotec.ca

PHYSIOTEC



De l'importance de la sécurité des patients

Sandi N. Kossey, P.T., B. Sc. P.T., M.H.A., directrice principale, Institut canadien pour la sécurité des patients; membre de l'ACP depuis 1998; membre du comité de direction de la division leadership de l'ACP depuis 2014

Même si ça fait presque 15 ans que je n'ai pas pratiqué en milieu clinique, je me rappelle du visage, du nom et du diagnostic de chaque patient à qui j'ai causé du tort indirectement.

Comprenez-moi bien, je n'étais pas une mauvaise thérapeute, j'étais une EXCELLENTE thérapeute. Nous ne sommes pas différents, vous et moi. Cependant, je dois vous avertir : vous pouvez (et vous allez probablement) contribuer d'une façon ou d'une autre à une prestation de soins non sécuritaire pour des patients, des clients ou des résidents, et ce, même si vous avez les meilleures intentions du monde.

Je me souviens de madame M., une gentille petite dame de 86 ans vivant en résidence qui avait été admise à l'unité de médecine interne où je travaillais pour une pneumonie extrahospitalière. Malgré tout le soin que j'avais mis à expliquer aux membres de l'équipe de soin les précautions à prendre en cas de transfert, elle a chuté lors d'un transfert sans soutien et s'est fracturée la hanche. La chirurgie et la période de repos forcé subséquente ont contribué à l'apparition

d'un ulcère de pression au sacrum de stade quatre, puis d'une sepsie, autant de facteurs qui ont précipité son décès.

Monsieur J., un homme enjoué de 54 ans qui résidait dans un refuge pour hommes, était fréquemment réadmis dans notre unité pour insuffisance cardiaque congestive ou pour des complications liées à son diabète. Lors d'une de ses admissions (la dernière), on m'a demandé de travailler sa mobilité et son endurance en vue de son congé. Il se plaignait d'un inconfort croissant dans sa jambe et je soupçonnais fortement une thromboembolie veineuse. Après avoir rédigé mon évaluation, j'ai communiqué mes recommandations à l'infirmière de M. J. ainsi qu'à l'infirmière responsable, qui a immédiatement appelé le résident sur son télécopieur.

En regardant ma liste de patients le lendemain matin, j'ai remarqué qu'aucun examen n'avait été effectué. J'ai tout de suite parlé avec le stagiaire de l'unité et j'ai même laissé une note dans le dossier du patient, à la section réservée au médecin (ce qui était strictement interdit à l'époque!). Ce jour-là, l'équipe

médicale a commencé sa tournée des patients en après-midi seulement, car elle avait passé la matinée à essayer de ressusciter M. J., sans succès.

J'ai eu la chance de travailler avec des assistants en thérapie exceptionnels, aussi bien en milieu hospitalier qu'extrahospitalier, et quelle belle équipe ils formaient! Hélas, un jour, par une succession de coïncidences malheureuses, l'assistant à qui j'avais délégué le traitement d'un patient a appliqué le plan de traitement au mauvais patient. M. K., qui ne devait pas marcher sans soutien, n'a fait que quelques pas avant que l'erreur d'identité soit relevée et signalée. Malheureusement, la souffrance de M. K. après cet incident était si grande que sa famille, affligée, a demandé à ce qu'il soit transféré dans une autre unité. Nos excuses les plus sincères n'ont pu effacer les nuits blanches et la souffrance du patient, de sa femme et de sa fille. Je me sentais si mal que je n'en ai pas fermé l'œil cette nuit-là. Dieu merci, notre équipe était compréhensive et nous avons pu en parler ouvertement.

J'ai aussi adoré travailler avec les étudiants en stage clinique. Parfois, j'avais l'impression d'apprendre autant d'eux qu'ils apprenaient de moi. Durant la dernière semaine d'un stage final, un de mes meilleurs étudiants traitait un patient dans une chambre d'hôpital quand un nouveau patient, fraîchement sorti des soins intensifs, a été transféré dans le lit voisin. Fort gentiment, l'étudiant a acquiescé à la demande du jeune homme, qui lui demandait une cruche d'eau glacée qui était hors de portée.

Or, ce patient, qui venait d'être décanulé après une longue intubation et qui affichait des déficits cognitifs assortis d'impulsivité en raison d'une lésion cérébrale anoxique, représentait un très haut risque d'aspiration. C'était pourtant marqué dans son dossier, et un écriteau avait été placé sur la porte de sa chambre en guise de rappel. Cette cruche n'aurait jamais dû être dans sa chambre. Heureusement, l'erreur a été évitée de justesse, et nous avons appris notre leçon.

Je m'en voudrais de ne pas mentionner combien mon équipe interdisciplinaire était merveilleuse. Nous avions vraiment à cœur le bien-être des nombreux patients qui entraient, puis sortaient (trop souvent à mon insu ou malgré une recommandation contraire de ma part) de notre milieu hospitalier pour revenir au monde extérieur, ce terrible désert où je ne pouvais qu'espérer que les plans de soins soient suivis, les services donnés et l'équipement bien installé. Je ne suis pas naïve, je sais bien que mes plans parfaits étaient souvent perdus ou inadaptés et qu'il en résultait un risque pour la sécurité de ces personnes. Mais c'était hors de mon contrôle. Qu'aurais-je pu faire de plus?

Puisque nous sommes en mode confession, j'en profite pour mentionner que j'ai traité un nombre

incalculable de patients sans porter de gants ou sans m'être bien lavé les mains. N'oubliez pas qu'à cette époque, les prestataires de première ligne ne savaient rien des super virus, des infections liées aux soins et du désinfectant pour les mains.

Ce qu'il faut savoir sur la sécurité des patients

Le choix de la sécurité comme première dimension de la campagne #QualityPT est particulièrement judicieux, car la sécurité est un prérequis à la qualité. Il n'y a pas de soins de qualité sans sécurité, et la physiothérapie n'y fait pas exception. En tant que prestataires de soins, nous avons une obligation juridique, morale et éthique de ne pas faire de tort. Les patients ne méritent rien de moins.

N'allez pas croire que la sécurité des patients est synonyme d'erreur médicale ou d'incompétence professionnelle, ou qu'elle relève de quelqu'un d'autre.

La **sécurité des patients** peut se définir comme suit : « La poursuite de la réduction et de l'atténuation des actes non sécuritaires dans le système de santé, accompagnée du recours à des pratiques exemplaires qui mènent aux meilleurs résultats pour les patients. »

Pour commencer cet article, j'aurais pu, comme dans tant de rapports, de publications et de présentations sur la sécurité des patients (les miens compris), vous citer des chiffres sur l'incidence et l'importance du problème dans le contexte du système de santé canadien. Mais ce ne seraient que des statistiques anonymes. Mes exemples personnels, eux, vous aideront à mettre des images concrètes sur cette réalité à laquelle aucun d'entre nous n'échappe. Même après avoir quitté mon travail de première ligne au profit de postes de direction (aussi bien dans le domaine de la physiothérapie qu'ailleurs), j'ai toujours gardé à l'esprit le rôle que je pouvais jouer dans la sécurité des soins.

Défis couramment associés à la sécurité des patients

Soigner est une tâche des plus complexes. Que ce soit à titre individuel ou en tant que profession, nous devons reconnaître que nous avons une responsabilité envers la population et qu'en conséquence, il nous incombe de maîtriser les connaissances, compétences et attitudes les plus propices à la sécurité. Certes, nos systèmes ne favorisent pas toujours des environnements de pratique sécuritaires ou, en réponse aux incidents, une culture d'apprentissage et de croissance. Nous travaillons dans un système imparfait.

En tant que prestataires de soins de réadaptation, nos propres valeurs professionnelles sont parfois en conflit avec les grands principes de la sécurité des patients et de la qualité des soins. En effet, notre rôle consiste à optimiser la santé, le bien-être et la qualité de vie des patients, des clients et des résidents que nous servons. Pourtant, il arrive que la meilleure chose à faire soit d'appuyer la décision d'un patient de vivre avec les risques. La sécurité échappe parfois à notre contrôle.

La sécurité des patients peut se définir comme suit : « La poursuite de la réduction et de l'atténuation des actes non sécuritaires dans le système de santé, accompagnée du recours à des pratiques exemplaires qui mènent aux meilleurs résultats pour les patients. »

Cette année, la Semaine nationale de la sécurité des patients se déroule sous le thème **Questionnez. Écoutez. Parlez-en.**



Quand les choses vont de travers... les conséquences potentielles

Je vous ai raconté quelques-unes de mes expériences et des leçons que j'ai su transposer dans ma carrière en tant que directrice principale de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. J'ai le privilège de travailler avec une équipe extrêmement passionnée et un vaste réseau de gens remarquables à tous les niveaux du système de santé qui s'efforcent d'accroître la sécurité des soins partout au Canada.

Les patients et les familles qui me motivent ces jours-ci ne représentent qu'une petite portion de tous ceux et celles qui ont été lésés ou qui ont perdu un être cher à la suite d'une prestation de soins de santé et qui donnent généralement de leur temps à Patients pour la sécurité des patients au Canada. Leurs récits, si déchirants soient-ils, contiennent un message d'espoir : la moindre attention que nous apportons à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, le moindre effort que nous faisons en ce sens... ils comptent vraiment.

Nous avons tous notre propre vécu, que ce soit en tant que prestataire de soins de santé, dirigeant, patient ou parent. Cependant, une chose est sûre : nous avons tous droit à des soins sécuritaires et nous avons tous un rôle à jouer dans la sécurité des patients.

Trois choses que vous pouvez appliquer dès maintenant dans votre pratique

Que pouvez-vous faire? Que devriez-vous faire? Tout d'abord, laissez-moi répéter ce que j'ai écrit plus haut : la sécurité est un prérequis à la qualité. Vous ne pouvez pas offrir des soins de qualité (#QualityPT) si vous ne tenez pas compte du facteur sécurité. Voici quelques conseils en rafale : tenez-vous au fait des dernières avancées cliniques, optimisez votre environnement clinique, affinez vos compétences et celles de votre équipe, osez signaler les problèmes de sécurité et participez aux initiatives d'amélioration de la qualité. Peu

importe votre rôle, vous pouvez commencer par garder la sécurité des patients à l'esprit cette semaine et par en faire une priorité dans votre pratique quotidienne.

C'est ce que j'ai fait pour nous aider – mes équipes, mon organisation et moi – à prévenir et gérer ces incidents, puis à en tirer des leçons, afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins en dépit des mille priorités concurrentes (et parfois des situations bordées) qui sont notre lot quotidien. Maintenant, j'aimerais vous présenter des idées que vous pourrez appliquer dès aujourd'hui.

Selon l'Institut canadien pour la sécurité des patients, chaque patient devrait avoir droit à une expérience sécuritaire et tous les prestataires de soins devraient contribuer à la sécurité des soins et la valoriser. Chaque année, c'est une grande fierté pour nous d'organiser la Semaine nationale de la sécurité des patients, pendant laquelle nous invitons chacun à questionner, écouter et parler (#asklistentalk) afin de sensibiliser tous les intervenants au problème de la sécurité des patients et aux solutions potentielles. Voici votre première occasion d'agir : que faites-vous pour célébrer la Semaine cette année?

Cette année, la Semaine nationale de la sécurité des patients se déroule du 24 au 28 octobre 2016 sous le thème **Questionnez. Écoutez.**

Parlez-en. Prestataires de soins, dirigeants, patients et leurs familles sont invités à poser des questions, à écouter les réponses et à parler de leurs préoccupations et de façons d'améliorer la sécurité. Rendez-vous au asklistentalk.ca pour vous renseigner sur la campagne et revenez-y au cours des prochains mois pour commander une trousse promotionnelle GRATUITE contenant des outils, des magazines et autres ressources. Si l'on revient aux exemples que j'ai donnés, les défaillances de communication ont joué un rôle dans chacun des incidents. Aidez à garder vos patients en sécurité en poursuivant la discussion –

Questionnez. Écoutez. Parlez-en.

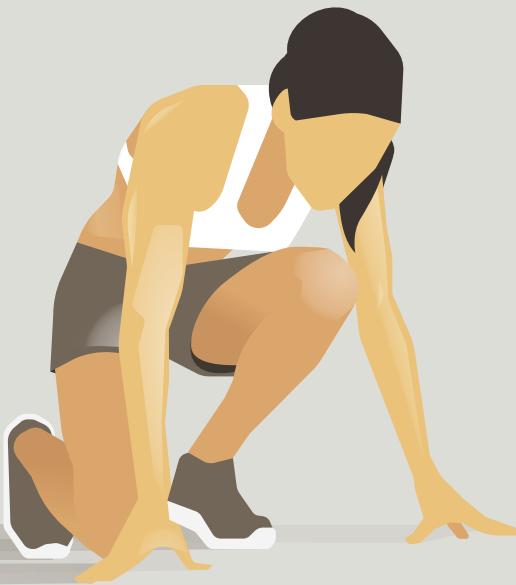
L'année dernière, pour la première fois, nous avons abordé la sécurité du point de vue du prestataire. Quand un incident survient, les prestataires de soins sont aussi touchés, comme je l'ai été, et vous le serez aussi. J'en viens à votre deuxième occasion d'agir! Nous avons réalisé cinq vidéos de prestataires de soins sur le modèle des récits de patient que je vous ai racontés : je vous invite à les visionner sur notre site Web et à les partager avec vos collègues et vos étudiants. Lancez une discussion dans votre équipe sur vos expériences et vos perspectives sur la sécurité des patients. L'exercice pourrait sembler banal pour certains, mais pour d'autres cela demandera du courage. Appuyez-vous les uns les autres, renforcez votre travail d'équipe et parlez ouvertement de vos bons et moins bons coups. Vous suscitez ainsi le changement de culture nécessaire à l'apprentissage et à l'amélioration de la sécurité des patients.

Pour finir, voici le troisième geste que vous pouvez poser : arrêtez tout et nettoyez-vous les mains! ☺

Sandi Kossey est directrice principale de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Elle coordonne des initiatives stratégiques nationales en collaboration avec des intervenants du système de santé, des gouvernements, des prestataires de soins, des patients et des familles afin d'améliorer la sécurité en santé. Sandi a commencé sa carrière en tant que physiothérapeute en soins de courte durée avant d'occuper des postes de direction en santé et sécurité au travail, dans des centres régionaux et provinciaux de traitement des accidents vasculaires cérébraux, puis en santé organisationnelle pour le compte d'une fiducie de santé et bien-être provinciale. Membre du comité de direction de la division leadership de l'ACP, elle enseigne également la sécurité des patients aux étudiants des cycles supérieurs de la Faculté de médecine physique et de réadaptation de l'Université de l'Alberta. Vous pouvez écrire à Sandi à skossey@cpsi-icsp.ca ou la suivre sur Twitter @ptsafety_sandi.

VOUS PASSEZ TOUTE VOTRE JOURNÉE À VOUS OCCUPER DES AUTRES

MAINTENANT
C'EST LE TEMPS DE
PRENDRE SOIN DE
VOUS



LA NOUVELLE PÉRIODE D'ADHÉSION À
GOODLIFE/ÉNERGIE CARDIO DÉBUTE LE

1^{ER} JUILLET

**27-
55%**

DE RABAIS
AUX MEMBRES
DE L'ACP[†]

[†]L'AMPLEUR DU RABAIS PEUT VARIER EN RAISON D'ÉCARTS DANS LES FRAIS
D'ADHÉSION RÉGULIERS

INSCRIVEZ-VOUS
OU RENOUVELEZ

**DU 16 MAI
AU 15 JUIN**

- Accès à toutes les succursales au Canada
- Service de serviettes selon les disponibilités
- Abonnez vos proches (vivant à la même adresse) au même tarif
- Rabais dans les boutiques Coin des Coureurs, GNC, les hôtels Delta et 80 autres bannières

PHYSIOTHERAPY.CA/GOODLIFE

**Energie
Cardio**

**GoodLife
FITNESS**



Association
canadienne de
physiothérapie



Votre traitement est-il efficace?

Mark Werneke, P.T., M. Sc., Dip. M.D.T.

Comment savoir si notre traitement fonctionne? Nous ne voulons pas perdre notre temps, ni celui de nos patients. La physiothérapie devrait être un atout pour le système de santé, pas un boulet. Après des dizaines d'années passées à récolter des données dans ma pratique clinique, j'aimerais vous faire connaître mes réflexions sur la manière d'obtenir des résultats efficaces dans vos traitements.

De l'importance d'être efficace

On débat depuis des dizaines d'années des facteurs qui conduisent à l'efficacité. Certains ne jurent que par l'enseignement supérieur, tandis que d'autres (moi compris) vont plutôt dans le sens des recherches qui indiquent que les années d'expérience clinique, les cours de formation continue et les diplômes de spécialité n'ont peut-être pas l'importance qu'on leur accorde généralement.

À mon sens, être efficace, c'est

prodiguer des soins de qualité supérieure, ce qui suppose de mesurer les résultats de ses traitements afin de pouvoir les analyser et en tirer des leçons. En résumé, on est efficace lorsqu'on mesure les résultats de nos traitements pour en tirer des leçons.

Ma pratique se concentre sur le traitement de patients atteints de déficiences cervicales ou lombaires selon une approche biopsychosociale. Je suis passionné par la collecte de données et de résultats de toutes sortes sur ce sujet. Ainsi, pour orienter le traitement de mes patients dans ma pratique quotidienne, je m'appuie sur des mesures psychométriques précises.

Comment tirer des leçons des données récoltées

S'il faut en croire les études, les cliniciens et les instructeurs n'apprennent vraiment de leur expérience pratique et de leur formation que lorsqu'ils

reçoivent une rétroaction optimale du patient sur leur traitement.

La rétroaction optimale du patient se définit ainsi :

- Le patient effectue des auto-évaluations objectives.
- Elle est effectuée à plusieurs reprises tout au long du processus de soin.
- On procède à une correction en fonction du risque pour mieux interpréter la rétroaction du patient.
- Elle représente une aide précieuse pour établir le pronostic de réadaptation du patient.
- Elle constitue un guide pour déterminer les stratégies de traitement optimales.

Lire les données d'auto-évaluation d'un patient est un exercice fascinant et révélateur. Ce que j'aime particulièrement des rétroactions optimales d'un patient, c'est qu'elles me permettent de savoir si je dois poursuivre ou modifier son traitement.

On débat depuis des dizaines d'années des facteurs qui conduisent à l'efficacité. Certains ne jurent que par l'enseignement supérieur, tandis que d'autres (moi compris) vont plutôt dans le sens des recherches qui indiquent que les années d'expérience clinique, les cours de formation continue et les diplômes de spécialité n'ont peut-être pas l'importance qu'on leur accorde généralement.

Résultats inattendus

Analyste informatique âgé de 55 ans, M. B se plaignait de

douleurs intermittentes au bas du dos et au milieu du mollet gauche. Il aimait faire de l'exercice dans sa salle d'entraînement personnelle, car il disait se sentir mieux après avoir fait de l'activité physique. Pourtant, la douleur persistait, surtout lorsqu'il restait debout ou marchait longtemps.

Si vous vous dites « sténose unilatérale », vous avez raison. À mon sens, le problème de M. B était un simple problème biomécanique. Cependant, les tests psychosociaux comportaient des résultats inattendus.

Si le patient semblait assez bien gérer sa douleur, sa cote StarT (sous-groupes de l'Outil d'évaluation du dos aux fins de traitement ciblé) était élevée. De plus, ses résultats d'auto-efficacité pour la tolérance et la gestion de la douleur étaient très faibles.

Devant ces résultats, j'ai ajouté à mon plan de traitement l'entraînement cognitif et comportemental, qui fait notamment appel à l'éducation du patient, à l'entraînement fonctionnel spécifique et à la résolution de problèmes.

À la fin du traitement, M. B avait eu besoin de moins de consultations que prévu et possédait un état fonctionnel qui dépassait mes prédictions initiales. De plus, il affichait de bons résultats aux tests psychosociaux. Si je n'avais pas fait un examen approfondi de l'état biopsychosocial de M. B dès l'admission, les résultats obtenus n'auraient pas été

aussi efficaces et efficaces.

Comment être efficace

En résumé, on est efficace lorsqu'on mesure les résultats de nos traitements pour en tirer des leçons. Les notes qu'attribuent les patients à leur état fonctionnel représentent des données d'observation que les physiothérapeutes peuvent récolter dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Ces données peuvent être administrées par ordinateur ou sur papier. On peut utiliser des questionnaires comme l'Oswestry ou des sondages par testing adaptatif informatisé (TAI), comme la mesure lombaire par TAI de FOTO.

Quand on choisit un système de mesure des résultats, il faut s'assurer qu'il possède les caractéristiques suivantes :

1. une vaste base de données de patients à l'échelle du pays;
2. des modèles éprouvés qui appliquent une correction en fonction du risque et qui permettent de prédire l'état fonctionnel de patients comparables à la fin de leur traitement ainsi que le nombre de consultations requises;
3. des mesures de l'état fonctionnel par testing adaptatif informatisé (plus efficaces que les outils traditionnels);
4. des rapports utilisant une norme d'analyse pour comparer les résultats de cliniciens traitant des cas semblables.

Notre groupe de recherche a choisi le système de mesure des résultats FOTO, parce qu'il répondait à tous ces critères.

En toute transparence, je dois dire que je suis membre du Comité consultatif de recherche de FOTO depuis trois ans, bien que j'utilise les données de FOTO depuis plus de vingt ans dans le cadre de ma pratique.

Défis courants associés à l'efficacité

Les différences dans les résultats de vos patients et ceux d'autres prestataires de soins peuvent être dues à votre traitement supérieur, mais elles pourraient aussi s'expliquer par le profil différent de vos patients respectifs.

La majorité des physiothérapeutes n'ont pas la capacité d'appliquer des méthodes sophistiquées d'analyse corrigée en fonction du risque pour renforcer la validité et l'interprétation de leurs résultats. Or, en se servant de FOTO pour gérer ses résultats et les corriger en fonction du risque, notre groupe est en mesure d'établir des comparaisons valides.

En utilisant les données d'observation dans une optique d'amélioration, notre groupe de recherche a appris une importante leçon : il faut du temps pour comprendre comment intégrer les données d'auto-évaluation des patients à notre pratique quotidienne. En effet, l'analyse des données de FOTO sur la période 2010 à 2014 montre que les résultats ne s'améliorent qu'après une à trois années de pratique.

Bref, lorsque vous commencerez à incorporer systématiquement la mesure des résultats dans votre pratique, ne vous laissez pas abattre.



Si vous n'utilisez pas les données d'auto-évaluation des patients dans votre pratique, vous ne serez pas aussi efficaces que vous pourriez l'être.

Les conséquences potentielles d'une pratique inefficace

Pour faire court, si vous n'utilisez pas les données d'auto-évaluation des patients dans votre pratique, vous ne serez pas aussi efficaces que vous pourriez l'être. Ce constat s'applique aussi bien au choix des données d'observation à recueillir qu'à la manière de les analyser.

Ce que l'analyse corrigée en fonction du risque peut nous apprendre sur l'efficacité

Je partage les données que je récolte avec huit autres physiothérapeutes travaillant aux États-Unis. Notre groupe a standardisé son processus de collecte de données et de résultats provenant de l'auto-évaluation des patients.

Lorsque nous analysions les données non corrigées (brutes) des patients souffrant de déficiences lombaires, un de nos cliniciens (appelons-le Rob) obtenait systématiquement de meilleurs résultats fonctionnels qu'une autre clinicienne (appelons-la Sara). Pourtant, les deux avaient suivi la même formation et possédaient un raisonnement clinique et des habiletés manuelles similaires.

Toutefois, lorsque nous avons appliqué la correction en fonction du risque pour interpréter les données, nous avons découvert que de nombreux facteurs extérieurs au traitement jouaient sur les résultats.

Les patients de Sara étaient plus âgés et souffraient davantage de douleur chronique. Les problèmes suivants étaient aussi plus fréquents chez eux :

- chirurgie lombaire;
- comorbidités;
- accidents de travail ou contentieux.

Tous ces facteurs peuvent avoir une influence négative sur les valeurs d'état fonctionnel.

Découverte fascinante, après correction en fonction du risque, Sara affichait de meilleurs résultats que

Rob. Mentionnons que les données sont cryptées, donc personne ne connaît leur identité. Voilà qui montre bien les limites que peuvent avoir les données d'observation non corrigées.

La science de la correction des résultats découlant de données d'observation en fonction du risque est relativement nouvelle en physiothérapie. D'ailleurs, les meilleurs modèles de correction en fonction du risque publiés à ce jour ont un taux de précision oscillant entre 35 et 40 %.

Autrement dit, dans 60 % des cas, nous ne pouvons pas définir avec précision les facteurs de confusion non mesurés ou potentiels qui pourraient aussi influencer les résultats. Cela dit, si vous n'utilisez pas de données corrigées en fonction du risque, impossible de comparer les résultats.

Trois idées à appliquer dès maintenant pour accroître l'efficacité et l'efficience de votre pratique clinique

1. Comprendre comment intégrer ces données pour orienter le traitement. À mon avis, ce concept n'est pas abordé suffisamment en profondeur à l'université. Vous souvenez-vous qu'un enseignant clinique vous ait montré les résultats de l'auto-évaluation d'un patient pour justifier ses interventions?

2. Choisir des mesures efficaces.

L'utilisation de mesures efficaces dès le départ permettra au patient comme au physiothérapeute de gagner du temps, ce qui représente un atout certain quand il s'agit de recueillir des données dans le cadre mouvementé d'une clinique externe.

3. Se préparer à incorporer les données d'observation dans sa pratique dès aujourd'hui. Commencez doucement et d'ici quelques semaines, vous aurez déjà des données utiles pour accroître la qualité de vos soins. ☀

Clinicien à temps plein, Marc Werneke travaille en clinique externe dans un cadre hospitalier, en plus d'être chercheur. Il s'intéresse à l'utilisation de données pour orienter les traitements et il récolte des données auprès de patients depuis une trentaine d'années. Il est également cofondateur d'un groupe de recherche qui examine les liens entre les méthodes McKenzie et les résultats chez les patients sur plusieurs plans. Ce groupe a vu publier ses observations et ses résultats cliniques dans de multiples revues scientifiques. Par ailleurs, il a aussi donné des conférences à l'étranger et au pays sur des sujets liés au traitement biopsychosocial des patients souffrant de douleurs au bas du dos.

STRUGGLING WITH CHARTING?

**Use our
mobile EMR**
...and get your freedom back.

Find out
what you've been missing.

- Scheduling
- Billing/Accounting
- Web EMR/Paperless
- Marketing • Web Booking
- Stats & Reports • Automated Alerts
- Business Development & more...

Clinicmaster is fully compatible with



Clinicmaster
by ADDATECH



Reach us for a FREE DEMO.

Call : 1.888.682.8674 (option 6)
Visit : clinicmaster.com
Email : sales@addatech.ca



Si vous souhaitez pratiquer une médecine réellement fondée sur les données probantes, lisez ceci

Trisha Parsons, P.T., Ph. D., professeure agrégée, Queen's University, titulaire d'une bourse de recherche AMS Phoenix, membre de l'ACP depuis 1996

Quand on m'a demandé de rédiger un article sur le modèle de soins axés sur le patient, j'ai pensé vous raconter une histoire. À la suite de mon premier accouchement, j'ai été hospitalisée pendant six jours. Disons simplement qu'il y a eu de nombreuses complications.

Mon garçon étant né une semaine avant Noël, je me suis rapidement rendu compte que nous devrions vivre avec un roulement de personnel continu, et que bon nombre des employés en service n'étaient pas rattachés au département d'obstétrique. Toutes les huit heures, une nouvelle infirmière se présentait à moi.

L'une des complications qui ont suivi mon accouchement est que mon fils était incapable de téter. Il ne prenait pas bien le sein et perdait du poids. J'ai donc rencontré la consultante en lactation à plusieurs reprises et elle a établi un plan avec lequel j'étais d'accord au départ. Je devais tirer mon lait pendant une heure, puis alimenter mon fils au doigt pendant une heure en utilisant un dispositif composé notamment d'un tube relié au contenant de lait.

Une fois que j'avais fini de l'alimenter au doigt, je devais recommencer à tirer mon lait pendant une heure. Ce même cycle se répétait cinq ou six fois par jour et au moins à deux reprises pendant la nuit. J'ai oublié beaucoup de choses, mais je me rappelle avoir fait une blague au sujet de ma profonde empathie pour les vaches laitières... Quatre jours plus tard, mon fils continuait à perdre du poids, nous n'étions pas venus à bout des autres complications et je n'arrivais plus à trouver le sommeil.

Ma confiance de nouvelle mère s'estompait rapidement. Si l'allaitement était un geste naturel et que j'étais incapable de nourrir mon fils, quel genre de mère étais-je? J'étais sur le point de craquer. Je voulais revoir le plan d'allaitement. Chaque fois qu'on roulait dans ma chambre l'engin préhistorique qui devait me permettre de tirer mon lait, je demandais : « Pourrait-on lui donner du lait maternisé, juste pour cette fois? On me servait chaque fois la même réponse : « Rien ne vaut le lait maternel. »

Cette affirmation que l'on entendait sur toutes les tribunes reposait sur

des preuves scientifiques et quelques examens systématiques qui avaient démontré que l'allaitement maternel donnait de meilleurs résultats pour les bébés. Cela dit, j'ai la conviction que les personnes qui s'occupaient de nous avaient à cœur le développement de mon garçon. Le problème, c'est que chaque jour qui passait nous éloignait un peu plus de cet objectif. Je manquais de sommeil et j'avais du mal à prendre les bonnes décisions. Mon fils continuait de perdre du poids et je n'allais vraiment pas bien.

C'est alors que j'ai rencontré Jeanne. Je l'appelle Jeanne mais je ne suis pas tout à fait certaine que c'était bien son nom. Ça me désole, mais avec tout ce qui s'est passé à l'époque ma mémoire me joue des tours. Bien que j'oublie les détails, voici ce dont je me souviens. Jeanne est arrivée pour le quart de travail de l'après-midi et est directement venue me voir. Elle m'a expliqué qu'elle était infirmière et qu'elle était là pour nous aider, mon fils et moi. Elle m'a posé une foule de questions sur moi, sur ce que je trouvais difficile et sur ce qui

m'aiderait le plus. J'ai oublié presque tout ce qu'elle m'a dit ce jour-là, mais je me rappelle très bien comment je me suis sentie. J'étais écoutée. J'existaient.

« Alors, parlez-moi de votre routine d'allaitement. »

Je lui décrivis ma routine et elle me demanda avec douceur comment je trouvais ça.

Je lui expliquai que j'étais épuisée et que j'avais besoin de dormir.

« Que diriez-vous si on essayait ceci : vous tirez votre lait, et je nourris votre bébé? Comme ça, vous aurez plus de temps pour dormir. » En moins de 24 heures, j'étais de retour chez moi.

Le sacro-saint allaitement revint me hanter quelques années plus tard. J'étais enceinte de mon deuxième enfant quand, au cours d'une visite prénatale de routine, une résidente en obstétrique entreprit de m'interroger sur mon plan de naissance. Elle en vint à aborder le sujet de l'allaitement.

« Je vois que vous prévoyez allaiter? » dit-elle, les yeux rivés sur ma feuille.

Je haussai les épaules. « J'ai l'intention d'essayer, mais ça a été très difficile pour mon bébé et moi la dernière fois. Si je rencontre le même genre de problèmes, je le nourrirai au biberon. »

On aurait dit que je venais de la gifler.

Nous devons axer les soins sur le patient non seulement pour des raisons instrumentales – satisfaction accrue des patients, amélioration des résultats de santé, réduction des coûts de prise en charge et plus grande équité dans la prestation des soins – mais aussi pour des raisons morales : parce que c'est la bonne chose à faire.

« Quoi? Non, ce n'est vraiment pas une bonne idée. Vous ne vous souciez pas de la santé de votre bébé? »

« Oui, et j'estime que c'est ce qu'il y a de mieux pour lui. »

« Mais rien ne vaut l'allaitement maternel. »

« Je comprends, mais je ne partage pas votre opinion. »

Elle sortit de la pièce en trombe et je pouvais l'entendre parler avec mon obstétricien dans le couloir. Elle me dénonçait. Ils revinrent tous les deux au bout de cinq minutes. La résidente se tenait bien droite, les bras croisés sur sa poitrine.

John*, mon obstétricien, s'assit sur un petit tabouret et dit : « Il paraît que vous envisagez la possibilité de ne pas allaitez votre bébé, c'est bien ça? »

« Oui. Ça ne s'est pas bien passé la dernière fois. Je vais réessayer, mais si je rencontre les mêmes difficultés je vais le nourrir au biberon. Ce n'est ni un caprice, ni une croisade anti-allaitement; je veux simplement être honnête au sujet de mes intentions, et de ce que j'estime être bon pour nous. »

« Je comprends. Je sais que Caitlin* vous a parlé des recherches qui ont été faites sur l'allaitement. »

« Oui, j'ai lu les conclusions de certaines d'entre elles. Il y a cependant des problèmes avec la qualité de ces rapports. »

John hocha la tête en souriant. « Les études systématiques ne peuvent être meilleures que les preuves sur lesquelles elles s'appuient, et elles pourraient de toute façon ne pas s'appliquer dans votre cas. »

« Je ne suis pas une experte dans ce domaine, mais c'est aussi ce que je me disais », répondis-je.

« Je pense que la Dr Parsons a une bonne compréhension de la situation et qu'elle sait ce qui est dans leur meilleur intérêt, à elle et à son bébé. »

« Mais rien ne vaut l'allaitement maternel », répeta Caitlin, qui n'était pas du genre à se laisser ébranler bien longtemps dans ses convictions.

« Oui. Je comprends votre point de vue, mais il est important de considérer la situation dans son ensemble, pas seulement les études, expliqua John. Un bon médecin se doit d'utiliser toutes les données à sa disposition. »

Les soins axés sur le patient

Ce que mon médecin décrivait est en fait ce que la Dr Trisha Greenhalgh a nommé « Real EBM » pour « Real Evidence-Based Medicine », littéralement la « vraie médecine fondée sur les données probantes ». Dans son exposé sur le sujet, elle explique comment elle est tombée dans le piège de l'algorithme des meilleures pratiques maintenant bien présent dans le domaine de la santé. Selon elle, nous n'avons pas réalisé qu'une pratique fondée sur les données probantes ne consiste pas uniquement à appliquer les données de recherche, mais qu'elle doit émerger de l'interaction entre les données de recherche, les expériences cliniques et l'expérience du patient.

Le message de la Dr Greenhalgh est simple : une médecine réellement fondée sur les données probantes passe forcément par une compréhension profonde de son patient.

Les principaux défis associés aux soins axés sur le patient

En tant que titulaire d'une bourse de recherche AMS Phoenix, j'ai beaucoup réfléchi au modèle de soins axés sur le patient pour tenter de mieux définir le concept. Ma réflexion et mes travaux ont notamment mené au développement d'une série de séminaires sur la pratique narrative, que j'anime dans le cadre de mon cours de physiothérapie de premier cycle à l'Université Queen's. Les compétences narratives, ainsi que la capacité à faire parler nos patients et à être touché par l'histoire de leur maladie,



Il existe une culture collective qui soutient le genre d'environnement dans lequel peuvent se développer des soins axés sur le patient.

comportent de nombreux avantages dans l'optique de notre pratique de physiothérapeute et du concept de soins axés sur le patient.

L'une des activités que je propose à nos étudiants est de rédiger un texte relatant une de leurs expériences liée aux soins axés sur le patient. Je suis toujours impressionnée par la profondeur et la richesse de leurs réflexions. Certains étudiants s'attardent aux aspects théoriques de la démarche, en proposant différentes variantes de la définition que l'IOM en donne, c'est-à-dire des soins « qui respectent les préférences, besoins et valeurs du patient, et qui en tiennent compte, tout en faisant en sorte que ces valeurs guident toutes les décisions cliniques ». [Crossing the Quality Chasm].

Quelques étudiants relatent quant à eux des cas qui constituent de bons exemples de soins axés sur le patient, et où l'équipe médicale a réussi à travailler en collaboration avec le patient et sa famille pour obtenir un résultat optimal, conforme aux valeurs et aux besoins du patient. Mais la majorité d'entre eux décrivent des situations où les soins prodigues n'étaient pas axés sur le patient, car dans ce domaine il est souvent plus facile de trouver de tels exemples. Bon nombre des expériences de mes étudiants rejoignaient les miennes, ce qui m'a ramenée à une époque de ma vie et de ma pratique où l'on ne mettait pas l'accent sur le patient, mais plutôt sur des paramètres ou des questions de système.

La pratique narrative s'est avérée un outil précieux pour rehausser à la fois l'expérience du clinicien et celle du patient. Je suis devenue davantage en phase avec moi-même et avec mes expériences personnelles et professionnelles grâce au processus cyclique de lecture attentive et d'écriture réfléchie, de même qu'en réussissant mieux à faire parler les autres et en portant davantage attention à ce qu'on me racontait et aux expériences vécues par les patients. J'aimerais pouvoir dire que la physiothérapeute que je suis a

toujours eu l'approche de John, mais quand je me remémore mes années de pratique, je constate que ma façon de faire a bien souvent ressemblé à celle de Caitlin. Ce qui comptait avant tout était ce que les études disaient, ce que la politique disait ou ce que le plan d'intervention disait; pas ce que le patient disait. Sous pression et en période d'austérité, ce sont les résultats qui importaient le plus, et je ne m'attardais pas aux résultats qui importaient.

Comment fournir des soins axés sur le patient

À l'inverse cependant, quand je repense aux moments de ma pratique où les soins étaient axés sur le patient, je me rends compte que j'ai vécu bon nombre de ces moments dans des milieux où la direction y attachait de l'importance. Adhérer au principe de soins axés sur le patient signifie essentiellement croire en la valeur d'une personne et en son autonomie. Mais peu importe à quel point on y croit, la mise en pratique s'avère beaucoup plus facile dans un milieu de travail qui y croit aussi. Il existe une culture collective qui soutient le genre d'environnement dans lequel peuvent se développer des soins axés sur le patient.

Comment bâtir de tels environnements?

Comment élaborer une politique qui accorde de l'importance aux soins axés sur le patient?

Mieux encore, qui accorde de l'importance aux soins axés sur le patient non seulement pour des raisons instrumentales – satisfaction accrue des patients, amélioration des résultats en matière de santé, réduction des coûts de prise en charge et plus grande équité dans la prestation des soins – mais pour des raisons morales : parce que c'est la bonne chose à faire.

Un bel exemple d'énoncé de vision reflétant une culture de soins axés sur le patient est celui de l'Hôpital d'Ottawa. J'assistais à une conférence d'AMS Phoenix à Toronto, il y a deux ans, quand j'ai eu le privilège d'entendre l'histoire

de cette vision née de l'incapacité à offrir un service axé sur le patient. Les représentants de l'hôpital avaient alors lu une lettre racontant la pénible expérience vécue par un patient, écrite par un membre de sa famille.

Le genre d'histoire presque impossible à croire et qu'on aurait voulu qui ne se produise jamais. La vision issue de cette expérience horrible est toute simple :

« Offrir à chaque patient des soins de calibre mondial et des services exceptionnels avec une compassion digne des personnes qui nous sont chères. » Offrir des soins dignes des personnes qui nous sont chères est un idéal qui se situe au cœur même d'un service de physiothérapie de qualité. ☑

* Les noms des personnes ont été changés afin de protéger leur identité.

Trisha Parsons est physiothérapeute, chercheuse et membre du corps professoral de l'Université Queen's, à Kingston, en Ontario. Elle travaille dans le domaine de la réadaptation rénale. À titre de boursière d'AMS Phoenix, elle évalue des stratégies visant à développer et à maintenir les compétences narratives chez les physiothérapeutes, afin que les personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes puissent bénéficier de soins axés sur le patient.

Suivez-la sur Twitter: @TLParsons @AMSPhoenix @QueensSRT

En savoir plus :
D'e Trisha Greenhalgh : *Real EBM* <https://www.youtube.com/watch?v=qYvdhA697jl>

¹ *Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century* <http://bit.ly/1frypus>

Mesure des résultats électronique (MRé) optimisée par FOTO :
PASSEZ DE L'ÂGE DE PIERRE À L'ÂGE MODERNE



Venez voir FOTO
au HUB du Congrès
du 26 au 28 mai!

FOTO

FOCUS ON[®]
THERAPEUTIC
OUTCOMES INC

MEASURE OUTCOMES • MANAGE QUALITY • MARKET STRENGTHS

**Pour connaître la qualité de vos soins.
En temps réel, en tout temps.**

1 800 482-3686 p. 240 • FOTOInc.com/CPA

 fitterfirst.

BUREAU ACTIF

Donnez du mouvement à votre 9 à 5



VARIDESK™

Passe de la position assise à la position debout en seulement 3 secondes! Produit livré complètement assemblé, aucune installation ou fixation nécessaire, et fonctionne avec vos meubles existant.



Planches Debout

Ajouter du mouvement et de l'équilibration en position debout. Vous aident à demeurer vigilants et ciblées, tout en consommant plus de calories.



Alternatives de Chaises

Encourager le mouvement et l'engagement musculaire avec des Chaises Assis Actifs. Ces chaises introduisent un mouvement naturel à votre routine d'assoyez, portant en mouvement et de soutien.

Vous utilisez votre liste d'attente pour mesurer la demande? Que diriez-vous de l'éliminer complètement?

Cathy Hoyles, B. Sc. P.T., M.H.M., C.H.E., membre de l'ACP depuis 1992

Depuis quand espériez-vous entendre ces mots? Pour la plupart des physiothérapeutes en clinique externe dans le système de santé public, la réponse est : depuis longtemps.

Au sujet des délais

Eastern Health est une des régies régionales de la santé de Terre-Neuve-et-Labrador. Nous disposons de huit sites ambulatoires qui emploient un total de 20 physiothérapeutes offrant des services musculosquelettiques pour adultes.

Notre plus gros problème, celui qui nous tirait le plus d'énergie, était la liste d'attente pour les clients « de routine ». La majorité de nos patients dans ce service, des gens aux prises avec des problèmes urgents, obtenaient un rendez-vous dans les deux semaines. Par contre, les gens qui avaient des problèmes dits « de routine » avaient souvent à attendre de huit mois à un an. De plus, le nombre de patients sur la liste était considérable, il s'élevait souvent à plusieurs centaines de personnes.

Ça vous rappelle quelque chose?

Problèmes fréquents liés à l'omission du facteur temps

À l'un de nos plus petits sites, le personnel en avait assez. La longue liste d'attente n'aidait pas à :

- maximiser nos ressources en ces temps de restriction budgétaire;
- améliorer le moral du personnel, qui était au plus bas;
- accroître l'efficacité : nous passions beaucoup de temps à « gérer » la liste d'attente à coup d'appels aux patients, de messages téléphoniques, de lettres, ainsi que de prises et reprises de rendez-vous. Rien de tout cela ne réglait le problème et les employés étaient frustrés lorsque les clients ne se pointaient pas à leur rendez-vous.

Il n'y avait rien d'autre à faire que d'imaginer un avenir où ce problème aurait disparu, puis de concrétiser cette vision.

C'est alors que des physiothérapeutes et des assistants-physiothérapeutes chevronnés travaillant en première ligne ont émis une suggestion : « Pourquoi ne pas créer un système qui permettrait aux

gens de venir nous voir quand ils sont prêts? »

C'est à eux qu'il reviendrait de choisir l'heure et la date de leur rendez-vous, si tant est qu'ils souhaitent même avoir un rendez-vous!

Fini les listes d'attente.

Fini les appels aux patients pour fixer des rendez-vous auxquels on ne sait jamais s'ils vont se pointer.

Ça paraissait impossible, mais ce ne l'était pas.

Nous avons éliminé la liste d'attente en renvoyant les recommandations au client (pas au professionnel à l'origine de la référence, mais bien au client) accompagnées d'une lettre d'instruction :

« Lorsque vous serez prêt à venir en physiothérapie, appelez-nous une semaine à l'avance à tel moment pour obtenir un rendez-vous. Nous avons installé une ligne téléphonique absolument réservée à cette fin. Si vous connaissez la méthode Lean, nous avons utilisé le concept de « flux tiré », où le client enclenche le service ou le tire à lui au moment qui lui convient le mieux.



L'importance du facteur temps

Ce qui s'est passé ensuite est assez extraordinaire et a tout à fait changé nos idées préconçues à propos des patients « de routine » sur la liste d'attente : seuls 40 % des gens ayant une référence sont revenus.

La plupart des gens étaient capables d'obtenir un rendez-vous en un ou deux appels à la ligne de rendez-vous et le délai d'attente (soit la période entre le premier appel et la consultation) était de moins de 15 jours.

Je sais ce que vous vous dites : « Qu'en est-il de toutes ces personnes qui ne sont jamais revenues? » Eh bien, nous nous faisions du mauvais sang à leur sujet, alors nous les avons toutes appelées. Oui, toutes.

- Nous avons découvert que plus de 50 % d'entre elles ne souhaitaient pas rencontrer de physiothérapeute et n'avaient aucune intention de prendre rendez-vous, même si leur fournisseur principal les avait orientées vers nous.
- Nous avons aussi découvert que 8 % avaient essayé de prendre rendez-vous, sans succès, parce que la ligne était occupée, et que moins de 10 % ne comprenaient pas bien le processus.

Nos principales craintes étaient apaisées. Est-ce que la majorité des gens qui essayaient de prendre rendez-vous se butaient à une ligne occupée? *Non*.

Les gens avaient-ils de la difficulté à comprendre le processus? *Non*.

Les gens qui souhaitaient obtenir notre service parvenaient-ils à nous joindre?

Oui.

Fait significatif, le temps que nous consacrons à la gestion des listes d'attente est passé de quatre heures par semaine à une heure par semaine, ce qui nous laisse plus de temps pour servir les bénéficiaires de services.

Le temps perdu en raison de l'absence des patients a chuté, ce qui a aidé notre service à atteindre ses objectifs de rendement.

Toutes les personnes qui avaient pris rendez-vous se sont présentées.

Un service au délai minimal

Nous avons tiré d'importantes leçons de notre expérience : la moitié des gens sur notre liste d'attente ne voulaient même pas consulter en physiothérapie. L'utilisation des listes d'attente pour mesurer la demande s'est révélée artificielle et trompeuse. La plupart des gens qui ont demandé un rendez-vous l'ont fait dans les six semaines après avoir reçu une recommandation de leur fournisseur de soins primaire. S'ils n'appelaient pas dans ce délai, la chance qu'ils demandent des services de physiothérapie ultérieurement était minuscule.

La physiothérapie est un service où le temps compte énormément : les gens veulent ce service quand leur problème leur paraît urgent, le service doit donc pouvoir s'adapter à leur horaire pour rendre la chose possible.

Quand nous offrons un système qui permet au client d'avoir accès au service au moment qui lui convient, nous devenons un élément plus apprécié de la gestion de la santé du client.

C'est simple.

Comment incorporer le facteur temps dans votre pratique dès aujourd'hui

Notre histoire se poursuit... depuis le projet pilote, nous avons éliminé les listes d'attente dans quatre autres sites et la tendance est conforme à celle que nous avions observée initialement. Meilleur accès et efficacité accrue du service.

Il nous reste du travail à faire et des leçons à apprendre. Nous avons hâte de vous faire connaître la suite de notre histoire à mesure qu'elle avance, mais d'ici là, voici deux choses que vous pouvez faire dès maintenant :

1. Formez-vous une idée claire de ce qu'une véritable orientation client (« flux tiré ») aurait l'air dans votre contexte. Tout ce qui rend votre service plus accessible au client *au moment qui lui convient* est un pas dans cette direction.

Il peut être difficile d'abandonner son biais envers un service conçu autour du clinicien, mais les résultats valent la peine pour tout le monde.

2. Repérez les sources de pertes de temps. Par exemple, combien de temps passez-vous par semaine à gérer votre liste d'attente? Quel est le pourcentage de clients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous? Lorsque vous modifiez votre processus d'accès tout en gardant un point de comparaison, vous pouvez utiliser ce temps perdu pour mieux vous occuper de vos bénéficiaires de services.

Un webinaire a été présenté sur ce sujet par le Collège canadien des leaders en santé en janvier 2016. Vous pouvez communiquer avec le Collège à info@cchl-ccls.ca pour en obtenir une copie. ☺



Fini les listes d'attente.

Fini les appels aux patients pour fixer des rendez-vous auxquels on ne sait jamais s'ils vont se pointer.

« Efficience » serait-il devenu un gros mot?

Chantal Lauzon, P.T., gestionnaire de pratique principale de l'ACP, membre de l'ACP depuis 1995

Pourquoi se met-on à trembler dès qu'on entend le mot « efficience »? Sa connotation serait-elle devenue négative au point de nous en faire oublier ses avantages? J'ai interrogé cinq personnes de la sphère #QualityPT et aucune d'entre elles n'a voulu s'attaquer au sujet!

Un gros mot qu'il faut savoir gérer
Il n'y a pas si longtemps, je travaillais dans un centre universitaire des sciences de la santé où le mot « efficience » faisait hérirer bon nombre de poils, dont les miens. Pourquoi? Parce qu'il était synonyme de suppression d'emploi. Des problèmes de financement entraînaient des réductions de personnel. À chaque vague de licenciements, toutes au nom de l'efficience, on devait apprendre à faire plus avec moins. Pour moi, efficience rimait avec équipe réduite. Le terme n'était pas employé à la légère.

Était-ce si catastrophique? Oui... cette partie-là en tout cas. Notre devoir, en

tant que professionnels, était d'offrir la même qualité de soins à nos patients quelles que soient les ressources humaines à notre disposition.

Notre équipe diminuant, on a fini par adopter le suivi électronique (on remplit un formulaire numérique, qui est téléchargé et joint automatiquement au dossier médical). Pour certains, ce procédé s'est avéré plus productif. Notamment pour cette physiothérapeute qui se promenait dans les différentes unités de l'hôpital et perdait du temps à attendre des patients qui n'étaient pas prêts pour sa visite. Elle pouvait dorénavant utiliser n'importe quel ordinateur pour consigner les soins dispensés aux patients dans toutes les unités pendant qu'elle attendait.

Ce changement a été profitable, sauf peut-être pour les physiothérapeutes qui ne tapaient qu'à deux doigts...

Pendant ma formation Ceinture verte Lean, je me suis attelée à une tâche que

j'avais toujours soigneusement mise de côté : la gestion de l'équipement. Étant passé à la gestion de programmes dix ans auparavant, on n'avait plus aucun contrôle sur les achats, l'entretien, l'étiquetage, l'inventaire ou la gestion des stocks. Après avoir défendu ma cause auprès de la bonne personne et au bon moment, les astres se sont alignés : un gestionnaire de stocks a été embauché pour six mois afin de désencombrer nos unités de soins. Je me suis jointe à l'opération et je les ai convaincus d'utiliser la méthode Lean pour le département de physiothérapie.

Avant ce grand ménage, on perdait beaucoup de temps à chercher l'équipement adéquat pour chaque patient. Selon le budget et le degré d'implication du gestionnaire de l'unité de soins, certaines disposaient du matériel nécessaire, d'autres non.

Les assistants passaient parfois 20 minutes à vider la salle entière pour

mettre la main sur l'instrument voulu, qui, comme par magie, se trouvait toujours en bas de la pile. Sans compter le temps perdu à tout remettre en place!

Après des essais, des erreurs, une uniformisation de l'étiquetage, une mise en commun de l'équipement puis sa redistribution, la majorité de nos patients ont eu accès au matériel dont ils avaient besoin et nous, on a gagné du temps.

Un bon point pour l'efficience? Oui.

L'importance de l'efficience

D'après la définition de l'Institute of Medecine, être efficient, c'est éviter le gaspillage – matériel, fournitures, idées et énergie compris. Dans la tête des gens, efficience rime souvent avec licenciemment. En réalité, l'efficience est bien l'anti-gaspillage : un gain d'argent, de temps et d'énergie dont on peut faire bon usage ailleurs.

Voici quatre questions à se poser pour augmenter son efficience :

- Peut-on se dégager du temps pour nous pencher sur un cas plus compliqué en confiant certaines tâches, qui n'exigent pas une compétence particulière en physiothérapie, à un assistant?
- Utilise-t-on la bonne quantité de fournitures pour chaque patient?
- Demande-t-on à nos patients de remplir le questionnaire de MRé, tel que celui du système FOTO, pendant qu'ils patientent dans la salle d'attente?
- Notre matériel est-il bien organisé et facile d'accès?

À la chasse au gaspillage

La première chose à faire pour être efficient est de repérer les pertes (en temps, en argent ou en énergie), puis de demander à la personne qui effectue la tâche des solutions pour optimiser cette dernière.

Pour mettre en place les changements et les évaluer, on peut se servir de la méthode d'amélioration de la qualité appelée roue de Deming ou PDSA (Plan, Do, Study, Act), ou utiliser la méthode Lean.

À titre d'exemple, voici une perte de temps que nous avions constatée. Le physiothérapeute tape son résumé de sortie, l'imprime puis le faxe à l'institution qui va prendre en charge le patient ou qui l'a référé. Pourquoi ne peut-il pas simplement appuyer sur un bouton pour l'envoyer directement depuis le dossier médical électronique? Réponse : « Parce que le système a été conçu comme ça. » Malheureusement, je ne peux vous en dire plus, je suis partie avant que ce soit réglé.

Le gaspillage n'est pas difficile à déceler. Généralement, c'est quand je me dis : « Tiens, c'est idiot, pourquoi fait-on ça comme ça? ». Il suffit de faire preuve d'attention et de mettre le personnel dans le coup : c'est votre meilleure source d'information. Parfois, on vous répondra « parce qu'on l'a toujours fait comme ça » : les habitudes, bonnes ou mauvaises, sont tenaces. Dans ce cas, le mieux est de demander conseil à l'extérieur, auprès de vos patients par exemple : « Comment qualifieriez-vous le temps passé dans la salle d'attente? Utile, productif? »

Être efficient : tout un défi

1. La première chose à laquelle plusieurs d'entre nous sont confrontés est l'adhésion du personnel, surtout si ceux-ci craignent d'être licenciés. Il faut les intégrer dès le départ et qu'ils se sentent partie prenante tout au long de la démarche, sans quoi la gestion du changement s'annonce extrêmement délicate.

2. La deuxième difficulté est de s'obliger à penser autrement. Pour sortir des standards, et trouver des solutions anti-gaspillage, il existe des outils. N'hésitez pas à les utiliser avec votre équipe.

3. Le troisième défi est de dégager du temps, même si on semble débordé. Du temps pour détecter les pertes, y réfléchir et avancer des solutions. Changer les manières de procéder est difficile, et le sera d'autant plus si on le fait à la va-vite.

Comment agir immédiatement

L'inefficience a des répercussions en physiothérapie, notamment sur les patients : ils pourraient ne pas recevoir la qualité de soins requise. Dans un système de santé imparfait, beaucoup de choses échappent à notre contrôle mais, grâce à l'efficience, certaines d'entre elles peuvent être améliorées. Il faut simplement prendre un problème à la fois.

Voici trois conseils faciles à appliquer dès aujourd'hui :

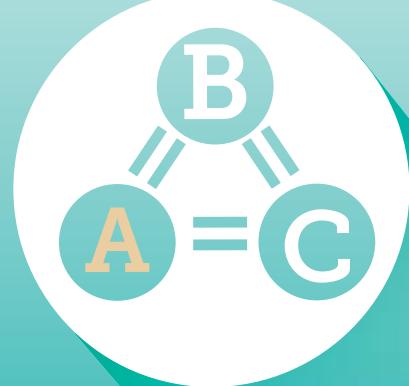
- Regardez autour de vous. Y a-t-il une ou plusieurs choses inefficaces dans votre pratique? Listez-les sans attendre. Si rien ne vous saute aux yeux, interrogez vos patients.
- Utilisez la roue de Deming (ou méthode PDSA) pour améliorer la qualité de votre service. Découpez le problème en morceaux, informez-vous sur l'efficience et envisagez une formation Lean (ceinture jaune ou verte).
- Impliquez le personnel dans le changement, encouragez-les à exprimer leurs idées, à avancer des solutions. Demandez-leur quelles pratiques pourraient être optimisées dès votre prochaine réunion d'équipe.

Ouvrez l'œil. Faites confiance à votre instinct. Prenez le temps de réfléchir

Agissez! ☺



L'inefficience a des répercussions en physiothérapie, notamment sur les patients : ils pourraient ne pas recevoir la qualité de soins requise.



La physiothérapie équitable : son importance et les obstacles à sa concrétisation

Sarah Wojkowsky, P.T., membre de l'ACP depuis 2004

Le 4 novembre 2015, on a demandé au premier ministre canadien Justin Trudeau pourquoi il était si important pour lui d'avoir un cabinet paritaire. Sa réponse était simple : « Parce qu'on est en 2015! »

Cette réponse succincte m'a amenée à réfléchir à ma propre carrière comme physiothérapeute. Pourrais-je répondre aussi catégoriquement si on me demandait si j'ai eu une pratique équitable?

Qu'est-ce qui définit l'équité?

Bien sûr, ai-je d'abord pensé. À l'époque où je pratiquais, je donnais les meilleurs soins possible à chaque client avec qui j'avais le privilège de travailler.

Après une période de réflexion, je me suis cependant aperçu que les gens pour qui les services de physiothérapie ne sont pas équitables, ce sont ceux qui *en auraient besoin*, mais qui n'y ont pas accès.

Le manque d'accès peut dépendre de plusieurs facteurs :

- le lieu de résidence;
- les périodes de disponibilité des services;

- la barrière linguistique;
- des responsabilités telles que la garde d'enfants.

Certes, je donnais les meilleurs soins possible aux personnes qui venaient me consulter. Mais qu'en est-il de celles qui ne le pouvaient pas? J'ai alors compris que ma réponse, si on me demandait « avez-vous eu une pratique équitable? », ne pourrait pas être aussi catégorique que celle de notre premier ministre.

Vous, avez-vous la conviction d'avoir une pratique équitable?

Espérant dépasser la déception que m'inspirait mon constat, j'ai considéré le fait que j'appartiens à un vaste groupe de professionnels, et que ce groupe offre des services partout au Canada.

Je me suis alors mise à réfléchir à ceci : pouvons-nous, comme professionnels de la physiothérapie, affirmer en toute confiance que nous offrons collectivement des soins équitables aux Canadiens – quel que soit leur lieu de résidence, leur origine ethnique ou leur sexe?

Malheureusement, ma réflexion sur cette question n'a pas été plus positive. Je ne crois pas que nous puissions faire

cette affirmation. Je pense en fait que nous avons beaucoup à faire avant de pouvoir affirmer que tous les Canadiens bénéficient de services de physiothérapie équitables.

Pourquoi l'équité est importante

Pour comprendre pourquoi nous avons du travail à faire, prenons l'exemple de Julie. Julie, 38 ans, a trois enfants de moins de huit ans et travaille à temps partiel comme adjointe administrative. Son mari est souvent sur la route pour son travail. Le couple gagne tout juste ce qu'il faut pour joindre les deux bouts chaque mois. Cette famille habite dans le Nord de l'Ontario, et aucun membre de la famille élargie des deux parents n'habite à proximité.

Si Julie se blessait au dos en se penchant pour soulever un de ses enfants à la maison, pourrions-nous affirmer avec assurance qu'elle aurait le même accès à la physiothérapie que d'autres Canadiens?

Pour répondre à cette question, il nous faudrait considérer un certain nombre de choses :

1. Y a-t-il un physiothérapeute là où habite Julie?

A. Dans l'affirmative :

- Les services sont-ils disponibles quand Julie ne travaille pas, de sorte qu'elle n'ait pas à prendre un congé non rémunéré pour être vue?
- Julie a-t-elle la possibilité de faire garder ses enfants à un prix abordable, ou encore les salles de traitement et les cliniques sont-elles aménagées pour qu'elle s'y présente avec ses enfants?
- Le physiothérapeute parle-t-il une langue que Julie comprend?

B. Dans la négative :

- Y a-t-il un physiothérapeute dans une autre localité ou ville, et Julie peut-elle se rendre consulter ce professionnel en voiture ou en utilisant le transport en commun?

2. Julie et son mari bénéficient-ils de couvertures qui peuvent les aider à payer ces services?

- Dans l'affirmative, tous les traitements requis sont-ils couverts à 100 % ou est-ce que certains des frais seulement sont couverts à 100 %? Dans le deuxième cas, le couple a-t-il les moyens de payer les frais non couverts?

3. Julie et son mari ont-ils les moyens d'assumer les coûts indirects liés à l'accès à des services de physiothérapie (transport, garde d'enfants, périodes pendant lesquelles ils ne sont pas là pour assumer leurs responsabilités familiales)?

- Dans la négative, jugent-ils que les soins qu'ils recevraient d'un physiothérapeute l'emportent sur les sacrifices qu'ils devront faire pour pouvoir payer les services?

Maintenant, changeons le scénario. Julie habite au centre-ville de Vancouver. Elle et son mari occupent des emplois permanents à temps plein et bénéficient de généreux régimes d'assurance maladie. Des membres de leur famille qui habitent à proximité peuvent leur offrir du soutien et garder les enfants. Les réponses aux questions ci-dessus changeront-elles?

Je le crois bien.

L'exemple de Julie montre la difficulté de fournir des services de physiothérapie équitables au Canada.

Ce que vous devez savoir sur les soins équitables

Au Canada, nous avons la chance de pratiquer dans des systèmes de santé qui, bien qu'imparfaits, reposent sur le principe selon lequel les Canadiens doivent avoir accès aux services de santé médicalement nécessaires sans égard à leur capacité de payer².

Malheureusement, nombre d'entre nous peuvent citer des cas où des personnes n'ont pas pu recevoir des services de physiothérapie dont elles avaient besoin – et ne le peuvent toujours pas –, pour un certain nombre de raisons.

Des soins équitables sont des soins qui ne varient pas en fonction de facteurs individuels tels que le sexe, l'origine ethnique, le lieu de résidence ou le statut socioéconomique³.

Fournir des soins équitables ne signifie pas que tous les patients reçoivent les mêmes soins ou ont le même état de santé³.

Des systèmes sociaux inéquitables, tels que des systèmes d'éducation déficients, sont à l'origine de disparités en matière de santé – alors que des facteurs biologiques tels que l'âge expliquent des états de santé différents³.

Les obstacles à la physiothérapie équitable

Au Canada, certains segments de la population sont plus susceptibles que d'autres de déclarer avoir un besoin non comblé lié aux soins de santé en général.

Ces groupes sont les suivants⁴⁻⁸ :

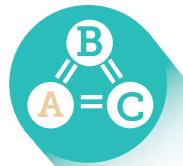
- les femmes
- les peuples autochtones
- les personnes en mauvaise santé
- les personnes de moins de 69 ans
- les personnes ayant un degré d'instruction élevé
- les personnes à faible revenu
- les personnes sans assurance médicament

On manque cependant de données probantes indiquant qui, spécifiquement, aurait besoin de physiothérapie au Canada, mais n'accède pas à ces services ou ne peut pas y accéder.

Nous ne savons pas non plus combien de Canadiens bénéficient de régimes d'avantages sociaux qui couvrent les services de physiothérapie (en totalité ou en partie). À cause de ce manque d'information, il est difficile de déterminer quelles mesures précises pourraient être prises pour assurer que tous les Canadiens aient accès à des services de physiothérapie équitables (#QualityPT).

Voici, en revanche, ce que nous savons :

- Les Canadiens vivant en milieu rural se butent à davantage d'obstacles que d'autres pour accéder à des services de physiothérapie⁹.
- Il y a une pénurie de services de réadaptation et des lacunes dans les mécanismes de prestation et les modèles de financement visant les peuples autochtones du Canada⁸.
- Les Canadiens ayant une maladie chronique ont plus de mal à accéder à des services de physiothérapie dans leur milieu que les Canadiens sans maladie chronique⁹.



Rendre la physiothérapie équitable sera un défi. Partout au pays, des changements systémiques doivent être apportés pour favoriser une pratique de la physiothérapie équitable, fondée sur des données probantes.

Il y a aussi d'autres faits importants à prendre en considération. Par exemple :

- La sécurité d'emploi (le fait d'avoir un emploi offrant un large éventail d'avantages sociaux et des possibilités d'avancement) régresse, et de moins en moins de Canadiens pourraient avoir un revenu disponible ou des avantages sociaux leur permettant de payer les services d'un physiothérapeute¹⁰.
- Les nouveaux arrivants sont plus susceptibles d'occuper des emplois précaires et de ne pas bénéficier d'avantages sociaux¹⁰.
- Le manque d'accès à des services de garde constitue un obstacle; il limite l'accès à un bon emploi et nuit aux chances des deux parents d'occuper un emploi rémunéré¹⁰.
- Indépendamment du niveau d'instruction atteint, les femmes demeuraient moins susceptibles que les hommes d'occuper un emploi au Canada en 2009¹¹.

Les conséquences potentielles

L'iniquité en santé suscite des préoccupations grandissantes. Des études établissent des liens entre la précarité d'emploi et la détérioration des conditions sociales¹² et associent un faible revenu à une mauvaise santé et à une dégradation de la qualité de vie¹³.

Dans certaines régions du Canada, l'espérance de vie se compare à celle de pays du tiers monde¹³. L'espérance de vie peut aussi être très différente dans les quartiers défavorisés et aisés d'une même ville – on a constaté des écarts allant jusqu'à 21 ans¹³.

La physiothérapie est efficace pour réduire la douleur aiguë et chronique et pour limiter le risque d'aggravation d'incapacités et de maladies chroniques¹⁴. Le manque de services de physiothérapie pourrait *alourdir les coûts du système de santé, retarder ou limiter le rétablissement fonctionnel et réduire la qualité de vie*.

Trois choses que vous pouvez faire pour rendre votre pratique plus équitable

Rendre la physiothérapie équitable sera un défi. Partout au pays, des changements systémiques doivent être apportés pour favoriser une pratique de la physiothérapie équitable, fondée sur des données probantes.

Parmi ces changements pourraient figurer les suivants :

- revoir les modèles de financement provinciaux pour intégrer davantage de physiothérapeutes dans la structure des soins primaires financés par l'État;
- modifier les régimes de tiers payeurs pour que plus de services soient entièrement couverts.

Des changements aussi fondamentaux doivent être défendus de manière réfléchie et avec persistance par l'ACP, les associations provinciales et les professionnels comme vous et moi.

Nous pouvons cependant **faire de petits pas**. Voici trois mesures simples par lesquelles vous pouvez commencer.

1. **Renseignez-vous sur les soins équitables.** De nombreuses organisations canadiennes appuient l'objectif de fournir des soins de santé de qualité. En Ontario, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) offre aux prestataires de soins de santé des ressources destinées à favoriser l'amélioration de la qualité des services. Savez-vous s'il existe une organisation soutenant le mouvement pour la qualité des soins dans votre province ou votre territoire?

2. **Soyez actifs.** Le rôle de « défenseur » fait partie des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada. Les physiothérapeutes sont bien positionnés pour repérer, à l'échelle locale, provinciale et nationale,

des façons d'assurer des soins de santé équitables. L'ACP continue de faire connaître diverses initiatives orientées vers la qualité des soins, avec le mot-clic #QualityPT. Serez-vous du mouvement?

3. Arrêtez-vous et réfléchissez.

Prenez quelques minutes pour réfléchir à votre pratique. Essayez de penser à des manières dont vous pourriez favoriser l'équité.

- Avez-vous aménagé dans votre clinique une aire pour les enfants qui accompagnent leurs parents à leurs rendez-vous?
- La technologie pourrait-elle être votre alliée? (Par exemple, pourriez-vous appeler un patient plutôt que de lui demander de se déplacer pour un rendez-vous?)

Si chacun de nous fait un petit changement, c'est toute la profession qui fera un grand pas vers des soins équitables.

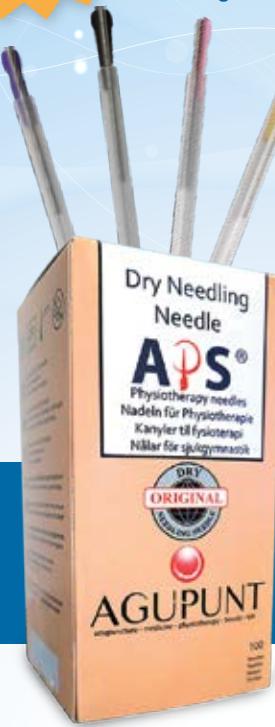
À ceux et celles qui, après cette lecture, se demanderaient encore pourquoi la physiothérapie équitable devrait les interpeller, je dirais : « Parce qu'on est en 2016. » ☺

Sarah Wojkowski est professeure adjointe à la School of Rehabilitation Science et directrice de la formation clinique dans le cadre du programme de maîtrise en physiothérapie de l'Université McMaster. Elle est membre du MAC H2OPE Clinic Executive Council et achèvera bientôt un doctorat en sciences de la réadaptation à l'Université McMaster.

NEW!

APS DRY NEEDLES

Designed for Physiotherapists by Physiotherapists



Finally Canada has a Dry Needle that was specifically designed for multiple insertions.

APS gives you precision, performance and patient comfort that cannot be compared to by any other needle on the market.



Order a mix of 10 today and receive 15% discount with one free box and no freight charges

Use Promo Code 3100 when ordering by fax, phone or online*

 **Remington Medical**

T: 1-800-267-5822 **F:** 1-866-470-7787
www.remingtonmedical.com

*Valid on first order only

Interested in Becoming a Master Clinician?
Choose Andrews University



Partnered with nationally and internationally recognized North American Institute of Orthopedic Manual Therapy (NAIOMT), we offer:

- Continuing Education courses
- Manual Therapy certification
- AAOMPT Fellowship through NAIOMT
- Doctor of Science in Orthopedic Manual Therapy
- **International Students:** New full-time, on-campus DScPT & t-DPT programs available

CANADIAN PHYSIOTHERAPISTS

- Canadian Orthopedic Division Manual Therapy coursework is transferable to Andrews University. Students who complete their part A certification can receive 20 competency credits towards the DScPT program.
- Curriculum compatible for requirements to become an MSK certified specialist

For more information, contact:

Kathy Berglund, DScPT, PT, ATC, OCS, FAAOMPT
Director, Postprofessional Degree Program

Phone: 800-827-2878

Web: andrews.edu/shp/pt/postpro

Andrews University
Department of Physical Therapy

PHYSIOTHERAPY CAREERS

JOBS.INTERIORHEALTH.CA

Embrace BC's Lifestyle while Growing Professionally!

Interior Health is proud to deliver high-quality health-care services to residents and visitors of the **Southern Interior of British Columbia**. Our mission is to promote healthy lifestyles and provide needed public health services in a timely, caring and efficient manner.

We offer a positive work environment that is favourable to continuous learning, professional growth, and clinical skill development. Our regular positions come with a 100 percent employer paid, comprehensive health benefits; a substantial pension plan; excellent vacation entitlement; and relocation assistance for eligible new employees.

Come & Join Us! Rewarding and meaningful Physiotherapy Careers are available in Acute Care including Outpatient settings, Home & Community Care, or Residential & Convalescence Care.


Interior Health

Apply Online Today!

Contact our Recruiter at:
Careers@InteriorHealth.ca



L'approche qualité du XXI^e siècle en santé

Faisons-nous fausse route?

Allan Macdonald, P.T., M.B.A., membre de l'ACP depuis 2002

Je lisais récemment des passages intéressants d'un livre dont la finalité est à la fois simple, menaçante et géniale. Cet ouvrage de 592 pages, édité par John Brockman et intitulé *This Idea Must Die: Scientific Theories That Are Blocking Progress*, est un recueil d'essais. On a demandé à leurs auteurs quelles théories scientifiques dites « infaillibles » devraient être mises au rancart, recadrées ou réexamинées afin que de nouvelles idées puissent avancer. Pour donner deux exemples, Nina Jablonski suggère d'oublier le concept de race, tandis que Hans Ulrich Obrist nous met en garde contre la notion de croissance économique illimitée – d'ailleurs un sujet d'intérêt pour ceux d'entre nous qui possèdent une maison à Toronto ou à Vancouver!

Certains des essais sont brillamment rédigés et fondés sur des données probantes, tandis que d'autres semblent plutôt donner à leur auteur l'occasion d'exposer ses griefs contre le monde scientifique. On peut voir l'ouvrage comme une célébration intellectuelle populaire apportant une contribution nette marginale, ou comme un point de départ pour se poser des questions intéressantes sur des idées présentées depuis longtemps comme des faits accomplis. Cela m'a fait réfléchir. Quelles idées freineraient les progrès dans le domaine de la réadaptation physique?

J'écris cet article dans la perspective qui inspire le titre de l'ouvrage, soit celle que « certaines idées doivent mourir ». Je vous demande donc de le lire en gardant en tête son objectif : remettre en cause une idée apparemment infaillible. Je soumets la thèse que « l'approche qualité », qui a globalement réduit l'expérience client et l'a compartimentée en fonctions et en spécialités gérables – qualité, sécurité, expérience client, mesure du rendement –, a établi des conditions qui sont sous-optimales pour créer une bonne relation client-clinicien, ce qui a pour effet de péjorer la sécurité des soins et les résultats de santé. Les consultants, les administrateurs et les bureaucraties qui ont bâti des carrières fructueuses sur le développement de « soins de santé de qualité » seront sans doute

tombés de leur chaise en lisant ce que je viens de déclarer!

Depuis la publication, en 2001, du document de réflexion de l'Institute of Medicine (IOM) intitulé *Crossing the Quality Chasm*, sur le triste état du système de santé aux États-Unis¹, il était évident que quelque chose devait changer dans la manière dont les soins étaient organisés, fournis et évalués au sud de la frontière. La situation n'était pas différente au Canada; un rapport nous apprenait en 2004 que 185 000 patients canadiens avaient subi un préjudice non intentionnel pendant un séjour à l'hôpital².

C'est une véritable révolution qui s'est mise en marche dans le monde de la santé quand des professionnels du monde entier ont épousé l'idée – apparemment infaillible – que l'expérience thérapeutique pouvait être réduite, quantifiée, mesurée, consignée. La majorité des gens ont alors tenu pour acquis que « l'approche qualité » qui venait de naître conduirait à une amélioration du bilan de santé collectif³.

Que l'on puisse injecter des milliards de dollars dans une approche ciblée et réductionniste devant améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé, pour finalement constater peu de changements appréciables, relève sans doute, pour nombre de personnes, de l'hérésie pure et simple. C'est pourtant la réalité. Tout en reconnaissant l'existence de cas isolés de réussite comme celui du Virginia Mason Medical Center, à Seattle⁴, des auteurs mettent en doute l'efficacité de « l'approche qualité »⁵⁻⁸.

Y a-t-il lieu de s'inquiéter? Pourrait-on faire valoir que « le changement prend du temps » et que plusieurs pas ont été faits dans la bonne direction, vers l'amélioration de la qualité? Ou, au contraire, l'absence de succès ne traduit-elle pas, au fond, l'échec de la tentative de transformer ce qui est au cœur de nos efforts pour aider les gens à mener une vie saine et productive : la relation client-clinicien?

La relation client-clinicien est une chose complexe. Les méthodologies, les fondements philosophiques, l'orientation ne sont pas les mêmes s'il s'agit de cultiver la confiance et d'encourager des changements

comportementaux que s'il s'agit d'améliorer des interactions transactionnelles et hautement mesurables entre un client et un fournisseur de soins de santé. Avons-nous manqué le bateau? Pendant que nous investissons du temps et des ressources pour bâtir un système de gestion soigneusement compartimenté, capable de surveiller la qualité des soins, avons-nous négligé les mécanismes et les processus qui instaurent la confiance, l'empathie et le travail d'équipe dans la relation client-clinicien?

Il nous manque plusieurs éléments de réponse importants qui pourraient continuer d'éclairer la discussion sur « l'approche qualité ». Une relation thérapeutique saine et de qualité améliore-t-elle les résultats cliniques pour les clients et les familles? Quelles sont les composantes d'une telle relation et comment pourraient-elles être améliorées? Dans quelle mesure un système de gestion de la qualité composé de fonctions et de rôles fortement simplifiés, inscrits dans un ensemble fragmenté de microsystèmes, améliore-t-il les résultats de santé, s'il les améliore? La focalisation sur l'aspect transactionnel du spectre des soins a-t-elle amélioré les résultats de santé? Se focaliser sur l'évolution de la relation client-clinicien et ses principaux facteurs de succès ne serait-il pas plutôt la voie à suivre pour rendre les soins de santé plus sûrs, plus fiables et plus abordables?

La relation client-clinicien est au cœur de la mission que se donnent la plupart des professionnels de la santé : aider les gens à comprendre comment ils peuvent améliorer leur santé, efficacement, simplement et à peu de frais. Se pourrait-il que l'approche mécanistique, réductionniste et je dirais même scientifique, fondée sur des données probantes soit en fait une entrave à des soins de santé sûrs et de qualité?! Ce ne sont là que quelques-unes des questions sur lesquelles pourraient se pencher les dirigeants, les cliniciens et les chercheurs qui croient fermement à « l'approche qualité », apparemment infaillible, alors qu'ils poursuivent leur noble objectif de contribuer à ce que des soins efficaces et de qualité soient donnés à chaque personne qui fait appel à nos services. ☈



ACUPUNCTURE
Canada



Include acupuncture in your practice

Acupuncture Canada is the longest running anatomical acupuncture training program.

Our competency-based program is delivered with a fully online component facilitated by instructors, followed by onsite hands-on workshops taught in small groups.

Our training allows you to learn skills you can take back to your practice immediately.

We offer a Core Program of 200+ hours of training with certification.

Visit our website for 5 great reasons to include acupuncture in your practice.

Visit our website www.acupuncturecanada.org

Come for the job. Stay for the team.



Vancouver Coastal Health (VCH) is dedicated to the professional development of our Physiotherapists. Our physiotherapy team has both site leaders and dedicated fulltime clinical resource therapists who will provide mentorship, regular education, and one on one support to help you achieve your professional goals. We encourage and support staff to expand their skills by being involved in research, teaching, and leadership development. With excellent benefits, fantastic location, and a supportive team – VCH is considered a leader in healthcare.

To find out more and to apply, visit:

careers.vch.ca



Phone: 604.675.2500

Toll-Free in North America: 1.800.565.1727

**Vancouver
Coastal Health**
Promoting wellness. Ensuring care.

Implications pour la pratique de la physiothérapie et l'amélioration de la qualité

Maria Judd, B. Sc. P.T., M. Sc., directrice principale, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

Carol Fancott, B. Sc. P.T., M. Sc., Ph. D., directrice de la recherche clinique, Réseau universitaire de santé (UHN) de Toronto

Jennifer Rees, B. Sc. P.T., responsable de l'engagement et de l'expérience patient, Alberta Health Services

Imaginons le scénario suivant : Mme Atwal est une enseignante à la retraite de 72 ans qui a récemment subi une fracture de la hanche. Après avoir reçu des soins hospitaliers, elle obtient son congé et elle est retournée chez elle où elle habite avec son mari et ses deux chiens.

Mme Atwal est susceptible de recevoir des soins de physiothérapie à plusieurs étapes du continuum de soins. Les physiothérapeutes sont des rouages importants de l'équipe de soins de santé et ils accompagnent leurs patients dans plusieurs aspects des soins tels que l'établissement d'objectifs, la détermination d'un plan de traitement et la prise de décisions concernant le congé. Les physiothérapeutes considèrent chacun de leurs patients de manière holistique, c'est-à-dire en tant que personne appartenant à une communauté. Le développement d'un partenariat efficace avec le patient et une meilleure compréhension de son expérience de la maladie peuvent conduire à une amélioration de son état de santé au fil du temps (Doyle et al., 2013). Une préoccupation accrue pour l'expérience de soins promet d'améliorer non seulement les résultats de santé mais aussi la qualité des soins et la conception des systèmes de santé (Mockford et al., 2011). Dans le contexte des enjeux actuels que sont la rigueur budgétaire, la gestion des maladies chroniques et le « tsunami démographique » à venir, l'engagement du patient est devenu une stratégie importante pour améliorer le système de santé.

Engagement du patient : une définition

La notion d'engagement du patient est inextricablement liée au concept de soins axés sur le patient, qui se définit comme suit : « *Des soins qui sont respectueux et qui répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient* » et qui garantissent que « *les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques le concernant* » (IOM, 2001). L'Institute for Patient and Family Centered Care énonce quatre principes qui devraient toujours guider les interactions avec les patients et leurs familles : le respect et la dignité, le partage de l'information, la collaboration et le partenariat.

Ces principes sont à la base des efforts visant à instaurer l'engagement du patient à tous les niveaux du système de santé.

L'idée de mobiliser les patients n'est pas nouvelle. On la retrouve dans le cas exposé plus haut : les physiothérapeutes chargés de dispenser des soins à Mme Atwal associeraient celle-ci (et sa famille) aux discussions concernant les objectifs, le traitement et le congé, en tenant compte de son contexte de vie et des conséquences de sa fracture de la hanche. Or, avec l'engouement récent pour la question de l'engagement du patient, la notion a pris différents sens à travers les milieux de la santé. Pour les besoins de cet article, l'engagement du patient est défini comme « la participation active des patients et/ou des membres de leur famille dans la prise de décision et dans les activités comme la planification, l'évaluation, les soins, la recherche, la formation et le recrutement. Cette participation s'appuie sur l'expertise par l'expérience des individus et sur leur collaboration avec les professionnels » (adapté de Tambuyzer et al., 2014).

De nombreux cadres d'engagement du patient ont commencé à apparaître dans la littérature et dans la pratique. Le cadre le plus souvent cité est celui de l'International Association for Public Participation, qui présente un continuum d'engagement du patient sur cinq niveaux (informer, consulter, engager, collaborer et habiliter), chaque niveau comportant une augmentation correspondante des possibilités d'influer sur la prise de décision (Figure 1). Un autre cadre, celui développé par Carman et al. (2013), le complète en précisant les niveaux du système de soins de santé auxquels s'opère l'engagement, soit : les soins directs (ex. : le partage de la prise de décision clinique), la conception organisationnelle et la gouvernance (ex. : les patients membres de comités consultatifs sur la qualité) et l'élaboration de politiques (ex. : les patients membres de comités sur la répartition des ressources) (Figure 2).

L'objectif spécifique de l'engagement détermine sa nature et son niveau. Si l'on revient à Mme Atwal, on peut voir

comment, au niveau des soins personnels, le physiothérapeute établit un partenariat avec la patiente et encourage sa participation. Ceci implique une meilleure compréhension de son expérience de maladie, une personnalisation de ses traitements et un processus de prise de décision qui prenne en compte ses valeurs et son contexte de vie. Ainsi, en tant que nouvelle patiente, Mme Atwal pourrait être renseignée par son physiothérapeute sur son état et sur sa trajectoire de rétablissement, de façon à ce qu'ils puissent ensemble fixer des buts. Si l'on s'intéresse à l'expérience de soins de Mme Atwal, son point de vue unique de patiente peut nous aider à mieux comprendre les enjeux qui pourraient surgir le long de son parcours à travers le système de santé, tels que des problèmes liés à la transition entre l'hôpital et la maison ou encore à la coordination des soins. Afin d'encourager l'engagement de Mme Atwal (et de sa famille), on pourrait par exemple les faire participer à une initiative d'amélioration de la qualité qui examinerait le processus de transition de l'hôpital à la maison.

Le lien entre l'engagement du patient et l'amélioration de la qualité

Un survol de la littérature montre que les connaissances des patients ne sont pas suffisamment mises à contribution pour améliorer les services de santé. Les patients peuvent pourtant offrir des perspectives et expériences différentes et ils possèdent des connaissances uniques qu'ils sont seuls, en tant que bénéficiaires ou usagers naviguant un système très complexe, à pouvoir détenir (Davis et al., 2007; Coulter et al., 2005). L'expérience du patient doit être au cœur des démarches d'amélioration (Berwick, 2002).

On recense au Canada de plus en plus de projets qui misent sur l'expérience des patients et de leurs familles pour améliorer la conception, la prestation et l'évaluation des services de santé. Par exemple, le projet collaboratif « Agir en partenariat avec les patients et leurs familles pour l'amélioration de la qualité » a été mis sur pied par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services

Figure 1 : Cadre d'engagement IAP2

©2007 International Association for Public Participation www.iap2.org

		Accroissement de l'impact de la participation publique				
Objectif	Informer	Consulter	Mobiliser	Collaborer	Habiliter	
	Fournir, en temps opportun, des informations équilibrées et objectives.	Obtenir des commentaires sur les analyses, les problèmes, les solutions de rechange et les décisions.	Travailler avec le public pour s'assurer que ses préoccupations et aspirations sont bien comprises et prises en considération.	Agir en partenariat avec le public à toutes les étapes du processus décisionnel.	Confier la décision finale au public.	
Engagement	« Nous vous tiendrons au courant. »	« Nous serons attentifs à vos préoccupations et nous en tiendrons compte. »	« Nous travaillerons avec vous pour faire en sorte que les décisions tiennent effectivement compte de vos préoccupations et aspirations. »	« Nous solliciterons vos conseils et vos idées innovantes et nous en tiendrons compte dans nos décisions, dans toute la mesure du possible. »	« Nous mettrons en œuvre de ce que vous aurez décidé. »	

de santé (FCASS); cette initiative aide les organismes de santé canadiens à créer des partenariats avec les patients et leurs familles dans le but d'améliorer les soins (Figure 3). Les résultats préliminaires obtenus par les 22 équipes impliquées dans le projet de la FCASS tendent à indiquer qu'un engagement sérieux des patients et de leurs familles peut favoriser l'évolution des modèles de soins et de prestation des services. La photo ci-dessous (Photo 1) illustre comment une de ces équipes a incité ses patients ayant subi une fracture de la hanche (et leurs familles) à participer à l'amélioration du processus de transition de l'hôpital à la maison.

En effet, des travaux de recherche menés dans deux hôpitaux de la Colombie-Britannique avaient révélé que les patients ayant subi une fracture de la hanche et leurs familles ne possédaient ni les connaissances de base ni les ressources requises pour prendre en charge leurs besoins en matière de soins et pour assurer leur sécurité à la maison. Afin de remédier à cette situation, des employés de Vancouver Coastal Health et de Fraser Health ont formé une équipe mixte (composée notamment d'une coordonnatrice de la physiothérapie, d'une infirmière clinicienne spécialisée et d'une conseillère auprès des patients et des familles) afin d'engager les patients, les personnes soignantes et les intervenants dans un projet de refonte des soins de santé.

L'approche préconisée par l'équipe pour améliorer l'expérience du patient lors de son retour à la maison après une fracture de la hanche consistait à identifier les outils et les processus optimaux pour favoriser l'autonomie, la confiance et la compétence. Un groupe interdisciplinaire a mis au point le « FReSH START Toolkit: Fracture Recovery for Seniors at Home: A hip fracture guide for patients & families » (<http://www.hiphealth.ca/blog/FReSHStart>) sur la base des meilleures données probantes et des conseils de cliniciens orthopédiques et d'aînés ayant eux-mêmes subi une fracture de la hanche.

D'autres pistes d'amélioration ont été mises au jour à partir de données concernant l'expérience des patients obtenues grâce au Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) (sous-ensemble « Transitions »). Des données provenant d'enquêtes sur les patients et sur les professionnels de la santé ainsi que d'entrevues et de groupes de consultation ont aussi été utilisées. Il en est ressorti des thèmes prioritaires d'amélioration qui ont été testés à l'aide de la méthodologie « Plan-Do-Study-Act » (PDSA). Parmi les principales idées d'amélioration qui ont été identifiées et mises en application, on retrouve : a) l'instauration d'une séance d'information formelle pour le patient qui s'apprête à recevoir son congé de l'hôpital en compagnie de sa personne soignante; b) l'instauration de consultations

aujourd'hui (au chevet du patient) et après (à la maison) l'obtention du congé. Grâce à l'établissement de ces nouveaux usages, l'expérience des patients s'est améliorée de 20 %. Au final, plusieurs recommandations cliniques sont mises en application sur l'ensemble des 28 hôpitaux de la Colombie-Britannique dans le cadre de la « BC Hip Fracture Redesign Initiative ».

Ressources et conseils pour favoriser l'engagement des patients

De nombreuses méthodes d'engagement peuvent être considérées sur l'ensemble du continuum de soins. Comme nous l'écrivions plus haut, l'objectif de l'engagement déterminera les stratégies à employer.

Voici quelques suggestions pour favoriser l'engagement des patients et de leurs familles :

Au niveau des soins directs

- À la fin d'une visite clinique, demandez à votre patient : « De quelle manière est-ce que votre rendez-vous aurait pu mieux se dérouler aujourd'hui ? » Écoutez la réponse et apprenez de l'expérience de votre patient.
- Faites usage d'aides à la décision pour favoriser la prise de décision partagée et ainsi garantir que le choix du traitement s'appuie non seulement sur des données médicales probantes et sur le jugement clinique mais aussi sur les préférences du patient. Des ressources à cette fin sont disponibles à <https://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>.

Au niveau organisationnel

- Utilisez des méthodes structurées pour recueillir des données concernant l'expérience des patients (ex. : entrevues, groupes de consultation, méthodes narratives).
- Impliquez les patients dans les démarches d'amélioration afin d'assurer que les changements correspondent à leurs besoins. On trouve plus d'une centaine d'outils pour inciter les patients et les familles à participer à l'amélioration des services de santé à <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/PatientEngagement/PatientEngagementResourceHub.aspx>

Au niveau des politiques

- Fournissez aux patients et à leurs familles des occasions de collaborer à la révision des politiques de votre établissement. Par exemple, formez une équipe dans votre organisation pour revoir les heures de visite sur la base des commentaires du personnel, des patients et des familles dans le cadre du projet « Souscrire à Meilleurs ensemble » de la FCASS. La campagne « Meilleurs ensemble » de la FCASS propose des ressources pour l'élaboration de politiques qui permettent aux proches de participer aux soins et de rester aux côtés des patients 24 heures sur 24.

Conclusion

Les patients et leurs familles jouent des rôles essentiels à tous les niveaux du système de santé. En reconnaissant l'« expertise par l'expérience » qu'ils ont acquise, nous pouvons évoluer vers un système de santé qui soit plus axé sur eux et qui améliore l'efficacité des soins, l'expérience du patient et la valeur qu'il en retire. ☑

Références

- 1) Doyle C., Lennox L., Bell D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *British Medical Journal Open*, 3: e001570. doi: 10.1136/bmjjopen-2012-001570.
- 2) Mockford C., Staniszewska S., Griffiths F., Herron-Marx S. (2011). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 1, 28-38. doi: 10.1093/intqhc/mzr066.
- 3) Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC, National Academy of Sciences.
- 4) Tambuyzer A., Pieters G., Van Audenhove C. (2014). Patient involvement in mental health care: One size does not fit all. *Health Expectations*, 17(1): 138-150.
- 5) Carman, K. L., P. Dardess, M. Maurer, S. Sofaer, K. Adams, C. Bechtel et J. Sweeney (2013). "Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies." *Health Affairs* 32(2): 223-231.
- 6) Davis, R.E., Jacklin, R., Sevdalis, N., and Vincent, C.A. (2007). Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 10, 259-267.
- 7) Coulter, A., Davis, R., Koutantji, M., and Vincent, C. (2005). The patient's role in patient safety: Engaging patients, their representatives, and health professionals. *Clinical Risk*, 11(3), 99-104.
- 8) Berwick D.M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs*, 21(3), 80-90.

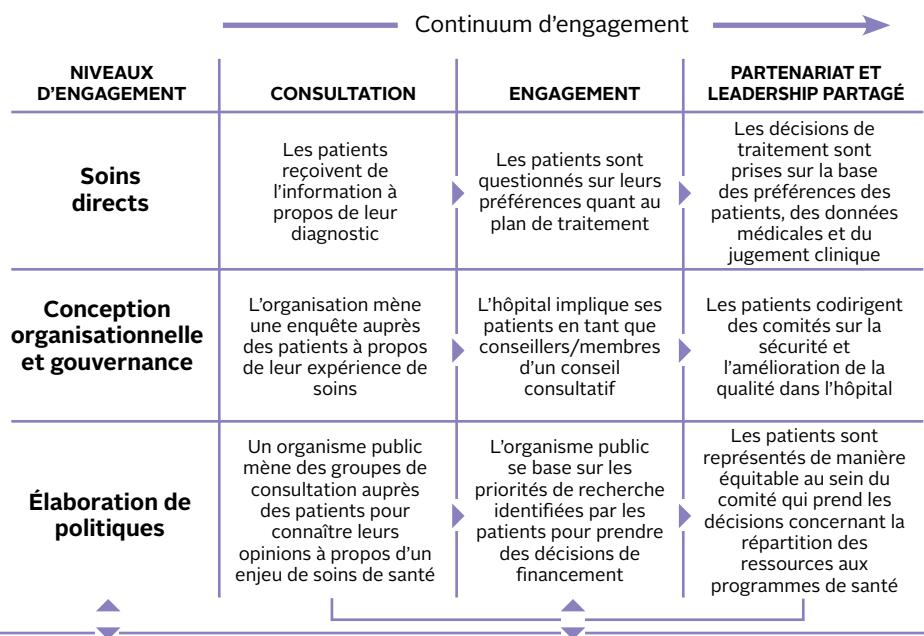
URL cités :

- a) Institute for Patient and Family Centered Care. (2010). "Core concepts of patient- and family-centered care." from <http://www.ipfcc.org/faq.html>.
- b) International Association for Public Participation. <http://www.iap2.org/>
- c) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Agir en partenariat avec les patients et leurs familles : Projet collaboratif <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/partnering-with-patients-and-families-collaborative>
- d) Centre for Hip and Mobility. "FRESH START TOOLKIT: Fracture Recovery for Seniors at Home, a Hip Fracture Recovery Guide for Patients & Families". <http://www.hiphealth.ca/blog/FReSHStart>
- e) Institut canadien d'information sur la santé. L'expérience des patients. <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/qualite-des-soins-et-resultats/lexperience-despatients>
- f) Institute for Healthcare Improvement. "Plan-Do-Study-Act (PDSA) Worksheet". <http://www.ihii.org/resources/pages/tools/plandostudyworksheet.aspx>
- g) Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Outils d'aide à la décision pour les patients. <https://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>
- h) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Plateforme de ressources sur la participation du patient. [http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/PatientEngagementResourceHub.aspx](http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/PatientEngagement/PatientEngagementResourceHub.aspx)
- i) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Souscrire à Meilleurs ensemble. <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/better-together/pledge>
- j) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Meilleurs ensemble. <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/better-together>

Figure 2 : Cadre d'engagement Carman et al.

Source : Carman, K. L., P. Dardess, M. Maurer, S. Sofaer, K. Adams, C. Bechtel et J. Sweeney (2013). *Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies*. *Health Affairs* 32(2): 223-231. Adapté avec autorisation.

Un cadre multidimensionnel pour l'engagement du patient et de la famille dans les services de santé



Les facteurs qui influent sur l'engagement sont :

- **Le patient** (la façon dont il perçoit son rôle, sa littéracie en matière de santé et son niveau d'éducation)
- **L'organisation** (ses politiques et pratiques, sa culture)
- **La société** (les normes sociales, les règlements et les politiques)

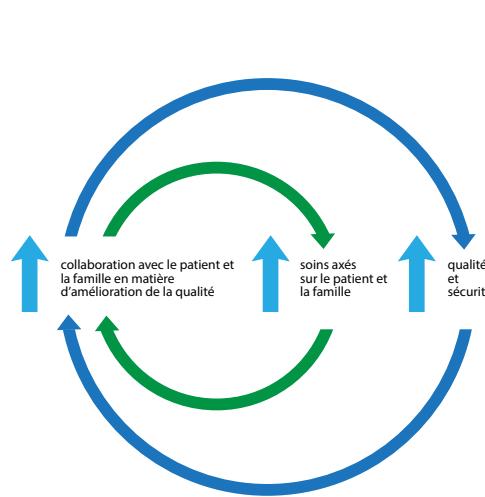


Figure 3 : Les liens entre : (1) l'engagement du patient et de la famille; (2) les soins axés sur le patient et la famille; (3) l'amélioration de la qualité



Photo 1 : Dolores Langford, coordonnatrice de la physiothérapie, Coastal Community of Care, Vancouver Coastal Health, et Kathleen Jackson, participante au « Good to Go' hip project ».

- Aménagement de nouvelles cliniques • Agrandissements •
- Mises à niveau d'équipement •

Profitez des services-conseils gratuits de notre équipe de professionnels en réadaptation

COOL° XCHANGE.®

BANDAGE DE GEL COMPRESSIF ET REFROIDISSANT



Traitement avancé
contre la douleur
et l'inflammation

- Prêt à porter,
aucune réfrigération requise
- Reste froid pendant 2 heures
- Réutilisable

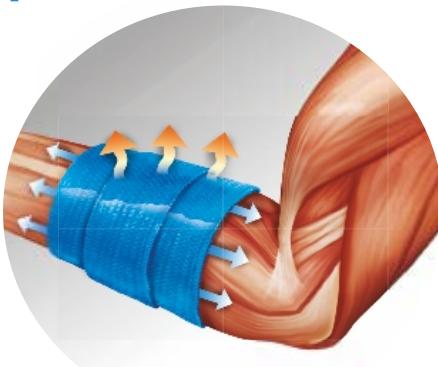
Achetez-en 5,
obtenez-en 1 gratuitement



081685460
CoolXchange
format régulier
3" x 47"



081685478
CoolXchange
grand format
3" x 118"



GelShot™

change
tout!



- Prévention des infections...
hygiénique tout au long du traitement
- Meilleure conduction...
augmente la température des tissus
de 44 %*
- Meilleur contact...
meilleurs résultats
- Technologie novatrice...
facile à utiliser, aucun nettoyage

*The Gelshot: An Improvement in Ultrasound Coupling Media. Draper DO, Wells A, Rigby JH: Brigham Young University, Provo, UT 84604 (Dec 2013)

Que se cache-t-il dans vos locaux?

Rehab Infection Prevention Project.ca



Communiquez avec Patterson Medical Canada pour de plus amples renseignements

1-800-665-9200 ou www.pattersonmedical.ca

La Saskatchewan adopte la méthode Lean pour améliorer la sécurité des patients et du personnel

Kate Fast, B. Sc., P.T., M.G.S.S.

On estime qu'au Canada, 7 % des patients hospitalisés vivent un événement indésirable.¹ En

Saskatchewan, plus de 190 patients ont subi un incident critique en 2014-2015, et plus de 2 400 membres du personnel ont obtenu une indemnisation pour un accident du travail.² Bien que plusieurs autres secteurs, comme celui de l'aviation, aient presque complètement éliminé les risques de sécurité, le Dr Ross Baker constatait récemment que de nombreux organismes de santé canadiens ont encore du mal à régler des problèmes de sécurité des patients.³ Pour s'y attaquer, la Saskatchewan a adopté des outils de la méthode Lean.

Contexte provincial

Les dirigeants reconnaissent cette priorité stratégique en 2012 et établissent un « objectif de sécurité » provincial. L'objectif oriente les travaux dans les 13 régions sociosanitaires en vue de réduire à zéro les préjudices évitables chez les patients et le personnel d'ici 2020. Un des principaux volets de l'initiative, le projet *Safety Alert/Stop the Line* (SA STL) vise à renforcer la culture de sécurité et la capacité des régions de prévenir les risques de façon systématique. Le gouvernement provincial s'est donné pour cible de déployer le projet dans l'ensemble des régions pour mars 2018.⁴

Les travaux de développement s'amorcent en 2012 en consultation avec des intervenants internes et externes ainsi que des patients. Ils sont guidés par deux principes fondamentaux : les soins axés sur le patient et la mise en place d'un environnement sécuritaire pour tous (patients et personnel). Les travaux débouchent sur un schéma de processus visant à réduire les risques potentiels et réels signalés par les patients, le personnel et les médecins.

Amélioration des processus

Le projet SA STL peut aussi être vu comme une démarche d'amélioration des processus de flux de l'information (voir la

figure 1). Puisque les erreurs ne peuvent être complètement enrayées des processus en santé, l'inspection à chaque étape demeure l'approche la plus efficace pour les détecter et les endiguer. Le projet SA STL vise à faire de tous les intervenants des inspecteurs habilités à interrompre un processus dès qu'ils détectent une anomalie. D'ici mars 2018, toutes les régions seront dotées de processus normalisés à cet égard.

Un événement survenu dans la région de Saskatoon en décembre 2015 en illustre le fonctionnement⁵. La mère d'un enfant en convalescence postopératoire voit son fils essoufflé et en détresse. Elle fait venir l'infirmière, qui examine l'enfant et sa perfusion intraveineuse, pour constater que son médicament lui avait été administré selon la mauvaise concentration. Reconnaissant la gravité de la situation, elle déclenche une alerte de sécurité. Le chirurgien arrive rapidement et l'équipe stabilise son état. Pendant ce temps, un membre de la famille compose le numéro de téléphone 24/7 dédié au signalement d'incidents. Comme la situation présente un danger imminent et grave, la vice-présidente de garde en est immédiatement avisée. Elle parle au membre de la famille qui a signalé l'incident et se présente à l'unité pour offrir son soutien à la famille et à l'équipe de soins.

Il arrive que des erreurs se produisent en santé, mais les processus comme celui-ci permettent au personnel d'agir efficacement pour rétablir la sécurité du patient. Avant le déploiement du projet SA STL, il était peu probable que le personnel et les patients obtiennent le soutien des dirigeants au moment où ils en avaient le plus besoin.

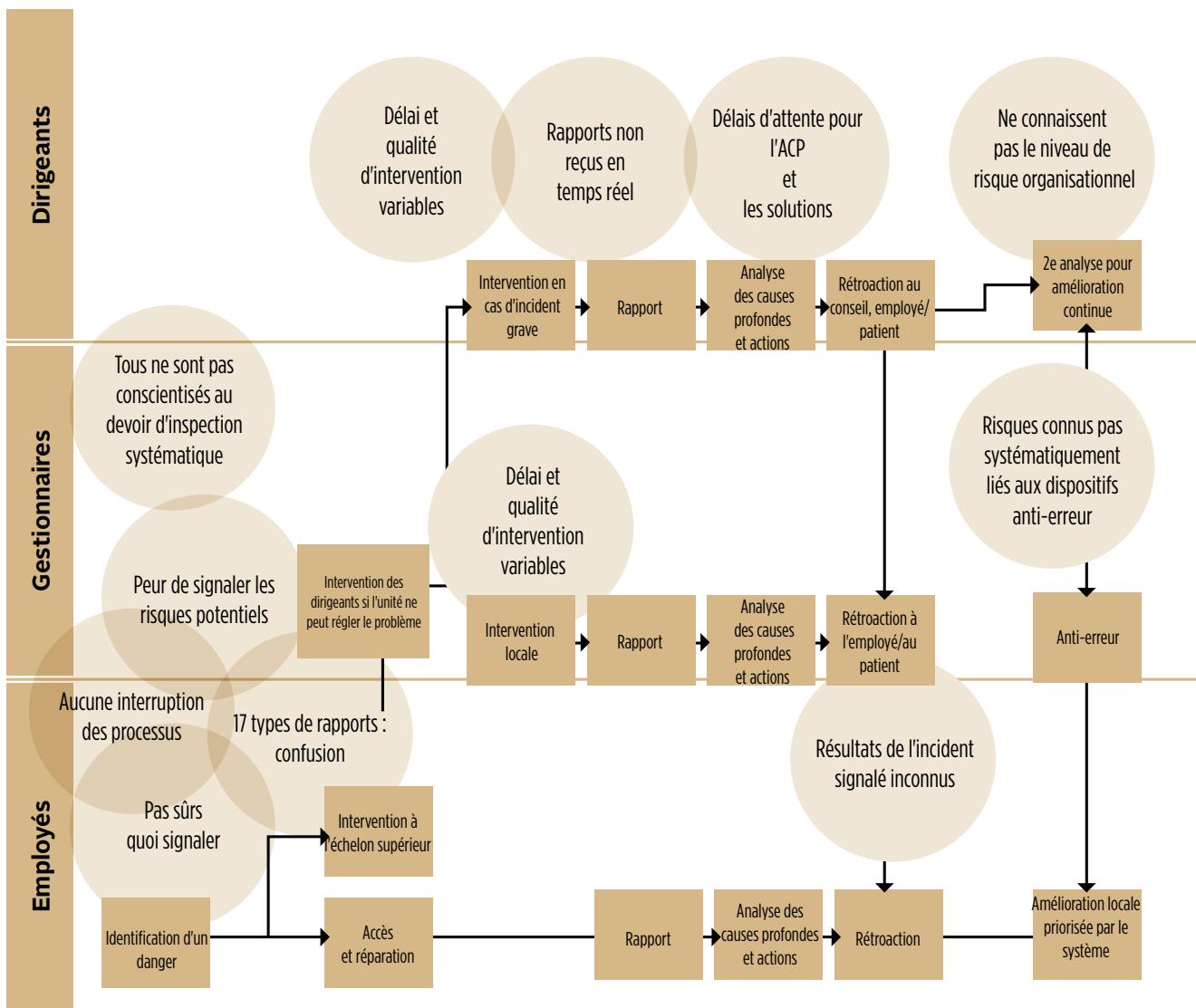
Le projet vise également à faciliter, favoriser et valoriser le signalement des incidents. À l'échelon local, les rapports d'incident permettent de générer des indicateurs qui peuvent être passés en revue au quotidien. À l'Hôpital de la Ville de Saskatoon, par exemple, le personnel infirmier, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les coordonnateurs de l'unité d'orthopédie se réunissent chaque matin à 7 h 30 pour faire le bilan des

questions de sécurité relevées la veille et à surveiller pendant la journée. Ces réunions se veulent un espace de collaboration interdisciplinaire où les différents intervenants peuvent discuter par exemple de la mise en œuvre des mesures proposées à la suite d'une chute. Elles sont aussi l'occasion de faire le suivi d'indicateurs de sécurité comme le nombre de chutes ou le nombre de blessures subies par le personnel lors du déplacement d'un patient. En consacrant ainsi une plage horaire aux échanges interdisciplinaires, on engage tous les membres de l'unité dans l'amélioration des processus et de la sécurité.

Sur le plan organisationnel, le projet SA STL uniformise les mécanismes de reddition de comptes en matière de sécurité à l'échelle de la province. Ainsi, les régions doivent mettre en place un processus par lequel les données relatives aux incidents de sécurité orientent les investissements en réduction des risques. Les données doivent également faire l'objet d'un suivi régulier par la direction et le personnel.

Ces processus créent des boucles de rétroaction essentielles à l'apprentissage et à l'amélioration continu d'une organisation.⁶ Une des boucles de rétroaction les plus importantes du projet SA STL est l'obligation pour les dirigeants de communiquer directement avec les personnes qui signalent des incidents graves ou critiques. Des normes de travail prévoient également que le personnel qui signale un incident puisse prendre connaissance des mesures de suivi. Ces boucles de rétroaction sont un puissant outil de renforcement positif pour le personnel, les médecins et les patients.

Tous ces mécanismes ont pour corollaire de renforcer la culture de sécurité au sein de l'organisation. À ce chapitre, le projet SA STL oblige les administrations régionales à former leurs dirigeants en analyse des causes profondes (ACP). Les dirigeants doivent à leur tour enseigner au personnel et aux fournisseurs comment intégrer les principes de l'ACP dans leur analyse des problèmes de sécurité. Le



Le projet SA STL influe également sur la culture organisationnelle en facilitant le signalement des incidents, en augmentant la transparence en matière de sécurité et en mettant celle-ci à l'avant-plan des échanges quotidiens.

État des lieux

Le projet SA STL a été mis en œuvre à partir de 2013 dans la plupart des unités de soins aigus et ambulatoires. Si la plupart des établissements se servent de données pour améliorer leur bilan en matière de sécurité, les démarches ont jusqu'ici surtout visé les interventions en cas d'incident plutôt que la réduction systématique des risques.

Des progrès notables ont été constatés dans les différentes régions. À Saskatoon par exemple, où le projet SA STL a été déployé dans trois hôpitaux et leurs cliniques ambulatoires affiliées à compter de 2014, une évaluation interne en janvier 2016 a relevé les améliorations suivantes :

- Le nombre d'incidents signalés sur une base volontaire a augmenté de 100 %.
- Des mesures ont été prises à l'échelon

local, soit au sein des unités par le personnel ou les dirigeants, dans 90 % des cas signalés.

- Les incidents ayant entraîné un risque important ou immédiat pour la sécurité des patients ou du personnel ont été pris en charge à l'échelon du vice-président dans un délai de 40 minutes. Les risques de sécurité ayant causé des préjudices ont été atténués au niveau de la direction dans un délai de 4 h 50 min. Il s'agit d'un fait notable car le délai d'intervention est connu et rapide.

L'adoption de la méthode Lean a permis à la Saskatchewan de se doter d'un cadre de travail pour améliorer la sécurité des patients et du personnel. Par ailleurs, les processus mis en place génèrent des données qui permettent d'orienter les mesures d'amélioration. Même si nous n'en sommes qu'aux premières étapes de notre cheminement, les leçons apprises sont déjà nombreuses et, preuves à l'appui, les démarches entreprises ont permis de réduire les risques dans notre système de santé. ☑

Fig 1. Schéma actuel du flux d'information en matière de sécurité

Ce schéma est une généralisation produite à partir des schémas des différentes régions sociosanitaires.

Que signifie pour vous la notion de leadership?

Apprenti **Présentateur** collaborateur
gestionnaire **Directeur** **Chercheur**
Praticien érudit assistant
LEADER Instructeur clinique
collègue évaluateur par les pairs
évaluateur **Associé** **Partenaire** mentor
PHYSIOTHÉRAPEUTE
consultant **communicateur** éducateur
ÉTUDIANT Académique défenseur
clinicien **PROFESSIONNEL**
propriétaire **entrepreneur** expert
ENTRAÎNEUR auteur enseignant



“Le leadership est un choix,
pas un poste.”

— Traduction de Stephen Covrig

Design par Anne Stelle Illustrateur : Céline Gagné

« *C'est notre lumière et non pas notre obscurité qui nous effraie.* » — Drew Dudley

Les rôles de leadership existent dans tous les aspects de notre profession. Les questions relatives au leadership sont pertinentes, peu importe que l'on soit clinicien, étudiant, assistant, directeur, superviseur, chef de pratique, chercheur, professeur ou administrateur. Où que vous soyez et quoi que vous fassiez, le leadership est essentiel pour vous, votre travail et votre profession.

Le rôle de la division leadership de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) est de vous aider à développer vos compétences en leadership, ainsi que celles de vos collègues. Nous offrons différents cadres qui permettent aux membres de la division d'échanger avec d'autres physiothérapeutes, à l'échelle du Canada, sur des enjeux semblables. L'essentiel de ce travail de réseautage se fait à l'aide du bulletin à l'intention de nos membres, ***The Leading Edge***, publié quatre fois par année. Nous envoyons également chaque semaine un **communiqué électronique** dans lequel nous partageons avec nos membres des éléments des discussions de type TED et d'autres sources d'inspiration. Nous encourageons aussi les échanges sur notre page Facebook et notre fil Twitter. Nos membres sont admissibles à des ***subventions et distinctions*** offertes par la division.

Vous cherchez des occasions de perfectionnement professionnel en leadership pour votre équipe ou vos collègues? Nous offrons un programme de développement novateur en trois parties que nous pouvons vous présenter dans vos locaux.

Pour en savoir plus sur nos réalisations et nos projets pour l'avenir, lisez l'article merveilleusement bien écrit de madame Carol Damp Lowery, ancienne présidente de la division et rédactrice en chef du bulletin *The Leading Edge*, paru dans le dernier numéro.

« *Tant que nous voyons le leadership comme quelque chose de plus grand que nous... tant que nous pensons qu'il nous dépasse... tant que nous croyons qu'il change le monde... nous nous trouvons une excuse pour ne pas l'exiger de nous-même et des autres.* » — Drew Dudley

Pour en savoir davantage sur les occasions de leadership, veuillez communiquer avec la division à l'adresse leadership@physiotherapy.ca, ou consultez notre site Web qui contient une mine de renseignements et de ressources supplémentaires.

www.physiotherapy.ca/Divisions/Leadership





LE RÉTABLISSEMENT DES PATIENTS QUI ONT EU UN AVC SE POURSUIT AU-DELÀ DE VOS MAINS EXPERTES

lorsqu'ils sont adressés à un médecin spécialisé dans le traitement post-AVC

Il y a de nombreux médecins spécialisés dans le traitement post-AVC dans tout le Canada et il est possible d'en trouver un à l'adresse www.beyondstroke.ca/fr/Locator/. Mais les patients ne le sauront pas à moins que vous ne leur donniez un formulaire de demande de consultation à apporter à leur médecin de famille.

Télécharger le formulaire de demande de consultation sur le site www.beyondstroke.ca/HCPreferral/

NOUVEAU

Essayez *fisiocrem* gratuitement et constatez vous-même!

fisiocrem est une solution topique contenant des ingrédients botaniques actifs naturels utilisés traditionnellement en phytothérapie pour aider à soulager les courbatures, les douleurs et l'inflammation dans les muscles et les articulations causées par des entorses, des foulures, des contusions mineures et des ecchymoses.

fisiocrem procure un soulagement des courbatures et des douleurs musculaires et articulaires dans les cas de maux de dos simples, d'arthrite, de foulures et d'entorses touchant les muscles, les tendons et les ligaments.

Et c'est maintenant offert au Canada!



La façon facile et **GRATUITE** de mettre fisiocrem à l'essai!

Nous sommes convaincus que lorsque vous constaterez l'efficacité de fisiocrem sur vos patients ainsi que son aspect propre et non gras au toucher, vous serez enchanté comme tant d'autres le sont.

Essayez fisiocrem dès maintenant et voyez pourquoi c'est le **choix naturel** pour le professionnel dévoué.



Procurez-vous un échantillon de fisiocrem **GRATUIT MAINTENANT!**



Composez le 604-757-4236 ou écrivez un courriel à info@fisiocrem.ca aujourd'hui pour recevoir votre échantillon gratuit.

www.fisiocrem.ca

Cette publicité s'adresse exclusivement aux professionnels de soins de la santé. | FISIOCREM CANADA PTY LTD. Suite 516, 280 Nelson Street, Vancouver BC V6B 2E2
Toujours lire l'étiquette. Utiliser selon le mode d'emploi uniquement; pour usage externe; si les symptômes persistent, consulter un praticien de soins de santé. **NPN 800 50932**