


Normes et lignes directrices provinciales des Services de soins critiques à distance assistés par la technologie

A faint, light blue ECG (heart rate) line graphic is positioned horizontally across the middle of the page, behind the text.

Services ontariens des soins aux malades en phase critique
Version 1.0 - Juin 2017.

CCSO Critical Care Services Ontario

Le présent document, Normes et lignes directrices provinciales des services de soins critiques à distance assistés par la technologie est un produit des Services ontariens des soins aux malades en phase critique (SOSMPC).

Droits d’auteur © 2017 - Services ontariens de soins aux malades en phase critique. Tous droits réservés.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

Services ontariens des soins aux malades en phase critique

Téléphone : 416-340-4800 - Poste 5577

Courriel : Info@ccso.ca

Site Internet : www.criticalcareontario.ca

Les SOSMPC bénéficient du financement du gouvernement de l’Ontario.

REMERCIEMENTS

Les SOSMPC tiennent à remercier les membres du Groupe de référence provincial des services de soins critiques assistés par la technologie de sa contribution et du temps qu’il a consacré à l’élaboration de ce document.

Membres de l’équipe d’évaluation (Services ontariens des soins aux malades en phase critique)

D ^r Bernard Lawless (co-président)	Dirigeant provincial - SOSMPC
Linda Kostrzewa (co-présidente)	SOSMPC - Première directrice, Stratégie et transformation du système
Michael Barrett	RLISS Sud-Ouest - Chef de la direction
D ^r Edward Brown	Ontario Telehealth Network - Chef de la direction
D ^r Sonny Dhanani	CHEO - Directeur médical de l’unité pédiatrique de soins intensifs
Greg Hein	Agence Cybersanté Ontario MSSLD - Directeur
Laura Kokocinski	RLISS Nord-Ouest - Cheffe de la direction
Debbie Korzeniowski	Agence des programmes provinciaux MSSLD - Directrice
Chantale Le Clerc	RLISS Champlain- Cheffe de la direction
Elan Graves	RLISS Champlain - Première spécialiste de l’intégration
D ^r Derek Manchuk	RLISS Nord-Est - Responsable des soins critiques RLISS
D ^r Michael Miletin	RLISS Centre-Ouest - Responsable des soins critiques RLISS
Louise Paquette	RLISS Nord-Est - Cheffe de la direction
D ^r Michael Scott	RLISS Nord-Ouest - Responsable des soins critiques RLISS
D ^r Adarsh Tailor	RLISS Simcoe-Nord-Muskoka - Responsable des soins critiques RLISS
Donna Thompson	CritiCall Ontario - Directrice exécutive

TABLE DES MATIÈRES

	Table des Matières	ii
1.	Introduction	1
1.1	Objet	1
1.2	Contexte	1
2.	Définitions	3
3.	Normes et lignes directrices	4
4.	Sources consultées	8
5.	Contrôle des documents	9
6.	Annexes	10
6.1	Annexe A : Exemple de préparation d'un Modèle logique du programme	11
6.2	Annexe B : Processus d'analyse des propositions aux SSCADAT	12
6.3	Annexe C : Liste de contrôle de soumission d'une proposition aux SSCADAT	14

1. INTRODUCTION

1.1. OBJET

Ce document a pour objet d'établir des normes et des lignes directrices en vue de donner forme au processus qui permettra d'élaborer, de mettre en œuvre et d'appuyer la prestation efficace et sécuritaire de soins de qualité, quand ceux-ci recourent à la technologie pour fournir des services de soins critiques à distance en Ontario. Les normes et lignes directrices régissant les Services de Soins Critiques à Distance Assistés par la Technologie (SSCADAT) sont :

- destinées à servir en même temps que toutes les normes des établissements, protocoles, politiques et procédures qui s'appliquent à la prestation de soins cliniques,
- conçues pour guider les demandeurs potentiels concernant les propositions et la prestation de services de soins critiques à distance assistés par la technologie.

Les présentes Normes et lignes directrices ont été élaborées dans le cadre collaboratif d'un Groupe de référence établi par les Services ontariens des soins aux malades en phase critique (SOSMPC). Étaient présents à ce processus des représentants des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les responsables des soins critiques des RLISS, *Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO)*, *Ontario Telemedicine Network (OTN)*, *CritiCall Ontario*, diverses directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et les SOSMPC. Les SOSMPC ont réalisé une vaste analyse environnementale des différents modèles de soins assistés par la technologie pour enrichir les débats du Groupe de référence. Sur la base des éléments d'action du Groupe de référence, des discussions de suivi avec les principaux organismes en vue de confirmer l'alignement sur les lignes directrices et les initiatives de la province, comme la Stratégie de cyber-santé du MSSLD. Les Normes de télésanté et l'Organisation de normes en santé (Canada) d'Accréditation Canada ont servi à mesurer l'alignement.

1.2. CONTEXTE

L'organisme SSCADAT s'attaque aux défis au sein du système de santé actuel en se servant d'une démarche technologique pour répondre à ces préoccupations.

SSCADAT s'attaque aux problématiques suivantes :

- l'absence de soins aux malades en phase critique dans les hôpitaux ruraux, en leur permettant des consultations avec des experts et une surveillance,
- un niveau de soins normalisés disponibles aux patients quel que soit leur emplacement géographique,
- des soins à dispenser au bon moment, avec une bonne supervision clinique,
- l'optimisation des transferts et des coûts de transfert de patients,

- des soins axés sur le patient, en permettant au patient de se faire soigner plus près de chez lui et de sa famille.

L'organisme SSCADAT appuie la démarche axée sur le patient, visant à fournir des soins plus près du domicile au bon patient, au bon endroit, au bon moment. Pour cela, il faut appuyer les unités de soins critiques dans les petits hôpitaux et ainsi réduire la nécessité d'un transfert dans un autre établissement et permettre aux patients de bénéficier des meilleurs soins tout en restant à proximité de leur domicile. Grâce à cette stratégie, la province peut établir des processus uniformes et fiables offrant des soins de grande qualité, axés sur le patient, qui optimisent l'utilisation des ressources cliniques.

Les RLISS sont responsables des hôpitaux de leur région géographique ; ainsi, peuvent exister des variations des modèles SSCADAT opérationnels disponibles en Ontario. Les Normes et lignes directrices provinciales sont destinées à guider les prestataires de soins de santé qui veulent préparer et mettre en œuvre un système SSCADAT, ainsi qu'à guider le processus provincial d'application.

2. DÉFINITIONS

Terminologie	Description
Client	Le bénéficiaire des soins. Il peut s'agir d'un patient, d'une personne ou d'un résident. Dans certaines circonstances, il peut s'agir de la famille du client, d'un représentant ou d'un conseiller.
Consultant	Expert ou spécialiste clinique offrant des services de soutien au Client et au Médecin local.
Site de consultation	Établissement, hôpital, ou site où se situe le Consultant. Il s'agit du site offrant l'appui. On peut l'appeler <i>Centre de commande, Site central, Site hôte, Site prestataire ou Site d'envoi des patients</i> .
Indicateur	Variable mesurable, exprimée en termes quantitatifs, qui indique le niveau de performance des principales dimensions du système.
Apports	Ressources nécessaires à la réalisation de chacune des activités.
Médecin local	Médecin ou professionnel de la santé responsable de la prestation de soins au Client à un moment donné. Le Médecin local a cerné le besoin de l'appui d'un Consultant afin d'améliorer la prestation sécuritaire de soins.
Résultats	Avantages escomptés, résultant de la mise en œuvre du projet.
Produits	Mesures que doit prendre le projet en vue d'atteindre les objectifs. Liste des activités qui permettront d'atteindre les objectifs. Déclarations habituellement brèves, comportant des directives d'action.
Partenaire	Personne ou organisme venant d'une autre équipe ou d'un autre organisme collaborateur, qui cherche à régler un problème particulier ou à fournir des ressources ou services précis.
Surveillance à distance	Mesures de suivi adéquates suivant la première consultation, comme les ont décidées à la fois le Consultant et le Médecin local. La Surveillance à distance peut concerner d'autres partenaires de la santé et être réalisée dans l'absence du Client.
Site demandeur	Établissement, hôpital ou site où se trouvent le Client et le Médecin local. Ce Site bénéficie de l'appui du Consultant. On peut l'appeler <i>Site à distance, Site des patients, Site local, ou Site envoyant les malades</i> .

3. NORMES ET LIGNES DIRECTRICES

Normes	Lignes directrices
<p>1. Assurer au bon moment un accès sécuritaire aux soins.</p>	<p>a. Les réponses des Consultants aux demandes de consultation doivent être faites dans un délai acceptable (par exemple, comme l'indique la Politique concernant les malades en phase critique), afin d'assurer des soins cliniques sécuritaires et adéquats.</p> <p>b. Le Site consultant garantira la disponibilité de l'expertise adéquate ou du personnel spécialisé adéquat afin d'offrir les services de consultation que demande le Médecin local au Site demandeur.</p> <p>c. Le Médecin local définira et informera le partenaire de téléconférence des services de consultation spécialisés demandés nécessaires. En cas de modification de l'évaluation de la spécialité ou de la discipline, on aura recours aux services à distance adéquats.</p> <p>d. Le Site demandeur et le Site consultant possèdent des systèmes d'information efficaces, ainsi que des ententes de partage des données. Ils peuvent ainsi garantir que l'information sur la santé des Clients est exacte et accessible au cours de la première consultation et (ou) en cas de surveillance continue à distance.</p>
<p>2. S'aligner sur les pratiques gagnantes et les programmes existants, fondés sur des preuves.</p>	<p>a. Le système SSCADAT doit s'aligner sur les programmes provinciaux existants et les compléter (tels que la Politique concernant les malades en phase critique, les Équipes d'intervention auprès des malades en phase critique, les Équipes de sensibilisation auprès des malades en phase critique, les Équipes des urgences médicales, les évaluations cliniques, les tests diagnostiques, etc.) quand ils sont testés (évaluations cliniques, tests diagnostiques, etc.) ainsi qu'au niveau de leurs processus (algorithme du flux d'accès à CritiCall) visant à favoriser les soins des patients de manière sécuritaire et efficace.</p> <p>b. Le système SSCADAT doit recourir à la connectivité des soins de santé et aux services audio/vidéo (comme ConnexionOntario de CyberSanté, CritiCall Ontario, OTN, etc.). Tirer parti de ces systèmes provinciaux accessibles facilite les soins sécuritaires et efficaces, en particulier dans le cas d'appui des clients entre RLISS. Par ailleurs, cette démarche permet des possibilités de croissance et l'expansion du programme.</p>

<p>3. Se concentrer sur les soins axés sur les patients et les familles.</p>	<p>a. Le système SSCADAT est conçu pour répondre aux besoins de la communauté, des prestataires de soins de santé et des clients. Les lacunes constatées au niveau de l'accès et de la prestation de services de soins critiques normalisés sont abordées.</p> <p>b. La consultation et la surveillance à distance applicables cherchent à faire participer tant le patient que sa famille ou son Mandataire spécial. Le Médecin local, le Consultant, le Client, la famille présente et (ou) le Mandataire spécial participent aux consultations concernant les soins, ainsi qu'à planification de ces soins.</p> <p>c. Les plans de soins sont élaborés en consultation avec le Client et la famille ou le Mandataire spécial. La pertinence du Client et son niveau de confort vis-à-vis de l'organisme SSCADAT se décident d'après l'état du Client, la disponibilité de soins spécialisés et l'emplacement géographique.</p>
<p>4. Employer efficacement les ressources disponibles.</p>	<p>a. La conception d'un système SSCADAT identifie les ressources déjà existantes qu'on peut intégrer à la mise en œuvre du système, comme les équipes de soins de santé et les partenariats existants, qui appuient les services de soins critiques.</p> <p>b. Les systèmes SSCADAT peuvent servir à mettre au point des consultations et des compétences de grande envergure. Le système SSCADAT doit être adaptable aux autres services de soins critiques comme e-Rounds, l'éducation, la formation, etc.</p>
<p>5. Suivre les principes d'obligation de diligence.</p>	<p>a. Le personnel concerné doit posséder les agréments, la formation et l'éducation nécessaires et à jour. Cela vaut autant pour les équipes réglementées que pour les équipes non réglementées.</p> <p>b. La démarche de consultation SSCADAT suit les mêmes principes qu'une relation médecin/client en tête-à-tête. Il peut y avoir besoin d'interprètes, et la famille ou le Mandataire spécial du Client peut être présent.</p> <p>c. Il faut des relations hiérarchiques claires pour affiner la structure et les relations interactives. Les rôles et responsabilités du Médecin local et du Consultant sont clairement définis. Le Médecin local au Site</p>

	<p>demandeur, où se trouve le client, est en fin de compte le Médecin principal (MP) qui s'occupe du client.</p>
<p>6. Éthique.</p>	<p>a. Le personnel qui participe aux soins médicaux dans l'organisme SSCADAT fait respecter les normes de pratique professionnelle de la profession de la santé et médicale qui le régit (Ordre des médecins et chirurgiens, politique n° 3-14 de Télémédecine, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Lignes directrices de télépratique, Pub. n° 41041, etc.).</p> <p>b. Chaque fois que possible, on doit informer les Clients et la famille ou le Mandataire principal de la possibilité d'accéder aux soins par le biais de l'organisme SSCADAT. Cette démarche nécessite que le Site demandeur communique l'information personnelle et médicale du Client au Consultant du Site de consultation. À ce titre, les principes de consentement s'appliquent conformément aux modalités de la réglementation des ordres professionnels et la portée de la pratique.</p>
<p>7. Protéger la confidentialité et la vie privée des Clients.</p>	<p>a. Les pratiques figurant aux règlements régissant la confidentialité et la vie privée dans le domaine des soins de santé, comme la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, s'appliquent à toutes les interfaces SSCADAT.</p> <p>b. La confidentialité du Client est protégée pendant la consultation. Il s'agit, entre autres, des conversations, de l'information médicale obtenue au cours de l'exécution des soins, et de la disponibilité d'un environnement physique permettant de garantir la confidentialité.</p> <p>c. L'information obtenue à travers les consultations SSCADAT est stockée et archivée de manière sécuritaire et contrôlée.</p>
<p>8. Gérer la performance et la traçabilité.</p>	<p>a. Les pratiques gagnantes fondées sur des preuves forment la base du Modèle logique normalisé du processus SSCADAT (<i>Annexe A</i>).</p> <p>b. Définir l'efficacité des rôles du personnel et des parties participant au système SSCADAT. Définir les indicateurs de performance pour mesurer les fonctions opérationnelles à évaluer et définir les possibilités d'amélioration. Les indicateurs de quantification de la qualité minimale figurent dans le Processus d'analyse des propositions SSCADAT des SOSMPC ; d'autres indicateurs peuvent s'appliquer à certains systèmes SSCADAT.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> c. On recourt à une approche collaborative avec les Partenaires SSCADAT pour sélectionner les indicateurs adéquatement reliés à l'amélioration de l'expérience Client et aux résultats. d. Il existe un processus permettant la quantification de la performance, quantification qui sera partagée et analysée régulièrement et systématiquement par tous les Partenaires pour veiller à ce que le système SSCADAT reflète les pratiques gagnantes actuelles, se conforme aux résultats attendus et guide les activités d'amélioration de la qualité.
<p>9. Démontrer la viabilité du programme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Les établissements et partenaires collaborateurs établissant un modèle de système de soins médicaux SSCADAT suivront le Processus d'analyse de propositions aux SSCADAT (<i>Annexe B</i>). b. Le soutien organisationnel est évident. Il existe un accord complet et une portée définie des services avec chaque Partenaire et établissement hospitalier participant au système SSCADAT. Les établissements et Partenaires engagent suffisamment de ressources pour appuyer le système SSCADAT. c. L'information du programme SSCADAT et les données de quantification de la performance doivent être mises à la disposition des patients et communautés que dessert le système. On sensibilise ainsi mieux les clients potentiels et leur famille ou Mandataires à la disponibilité des services, à l'efficacité, et à la possibilité d'être soignés à l'hôpital local. d. Définir les obstacles qui peuvent limiter l'accès aux services et, autant que possible, s'y attaquer ou les supprimer. Le système SSCADAT doit être accessible et posséder la capacité de communiquer dans une grande gamme de circonstances. e. Permet de tirer parti de l'innovation, des technologies nouvelles et émergentes, qui améliorent la connectivité en vue de promouvoir les soins aux patients. f. Conçu et mis au point d'une manière compatible avec Agrément Canada, qui permet au système SSCADAT d'évoluer pour devenir une pratique agréée.

--	--

4. SOURCES CONSULTÉES

Remarque : Certaines de ces sources existent uniquement en anglais.

Agrément Canada, janvier 2016. Normes de télésanté, version 11.

Center for Disease Control (CDC), Logic Models.

https://www.cdc.gov/oralhealth/state_programs/pdf/logic_models.pdf.

National Initiative for Telehealth Guidelines (NIFTE), 2003. National Initiative for Telehealth Framework of Guidelines.

https://www.isfteh.org/files/work_groups/FrameworkofGuidelines2003eng.pdf

Autorités sanitaires de Colombie-Britannique, septembre 2014. *Telehealth Clinical Guidelines, version 9*.

University of Wisconsin-Extension, 2003. *Enhancing Program Performance with Logic Models*.

5. CONTRÔLE DES DOCUMENTS

Date	Auteur	Version	Référence des modifications
23 juin 2017	Skeeta Sobrian-Couroux	1.0	Document d'origine.

6. ANNEXES

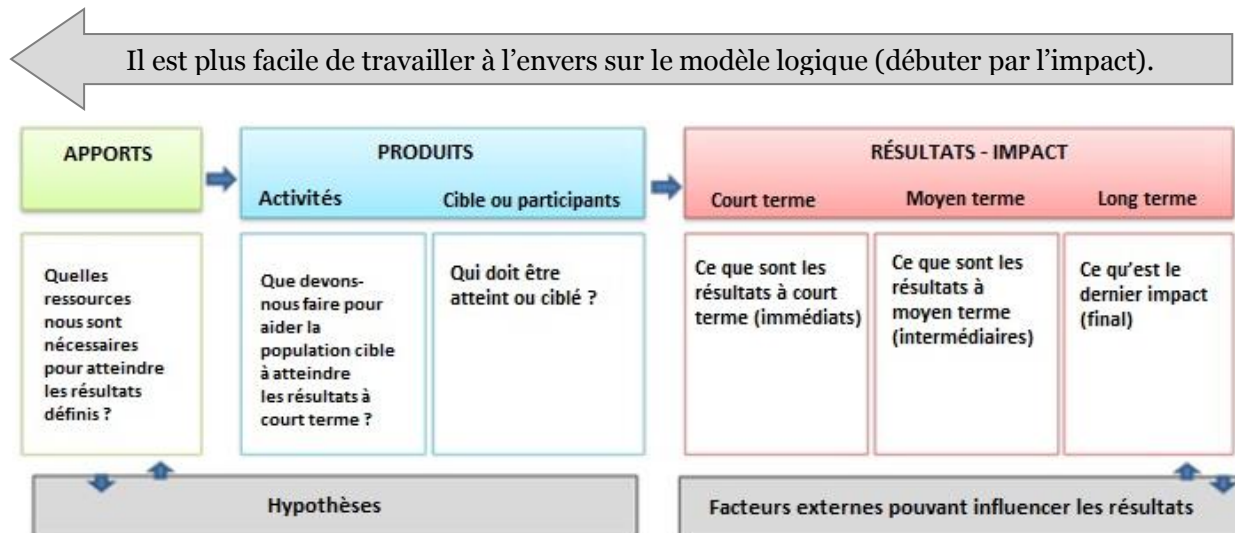
6.1. Annexe A : Exemple de préparation d'un Modèle logique du programme

MODÈLE LOGIQUE DU PROGRAMME

Un Modèle logique du programme constitue un outil de gestion qui affiche les liens entre les objectifs, les ressources, les activités et les résultats. Sur ce modèle se base la préparation d'un plan de gestion plus détaillé. Au cours de la mise en œuvre du programme, ce modèle logique permet d'expliquer, de suivre et de surveiller les opérations, processus et fonctions. Les évaluateurs se servent d'un modèle logique afin de planifier et d'élaborer des évaluations.

Buts et objectifs : Déclaration des résultats précis qu'apportera le programme dans un délai déterminé et avec les ressources disponibles. Les objectifs sont dits « SMART » (*Specific, Measurable, Achievable/Agreed Upon, Realistic, Time-Bound*) (spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et datés). On peut formuler certains objectifs de manière à refléter les résultats à court terme. Certains peuvent être structurés de façon à atteindre des résultats à long terme.

Description du programme : Bref énoncé de la situation actuelle.



6.2. Annexe B : Processus d'analyse des propositions aux SSCADAT

- A. Les propositions doivent comporter l'information suivante :
- I. Aperçu de la description, avec Modèle logique du programme (*Annexe A*).
 - II. Évaluation des besoins, définition des parties participantes, justification, etc.
 - III. Les buts et objectifs démontrent comment le programme proposé s'aligne sur les objectifs du Plan ontarien de soins aux malades en phase critique et sur ceux des principales politiques en matière de soins de santé en Ontario. Cela doit également comprendre les avantages ou les résultats.
 - IV. Expliquer l'emploi des ressources existantes et nouvelles qui seront exploitées (équipement, personnel, etc.).
 - V. Algorithme de flux des processus (joindre les ressources et la participation des partenariats).
 - VI. Avantages prévus (volume de patients maintenu à l'hôpital local, réduction des coûts, avantages sociaux récurrents, etc.).
 - VII. Justification et faisabilité (coût actuel comparé aux avantages prévus et aux réductions de coûts prévues, raisons supplémentaires expliquant la proposition, etc.).
 - VIII. Viabilité (indiquer comment le travail du projet se poursuivra).
 - IX. Définir les indicateurs de gestion de la qualité de la performance à recueillir, en plus des indicateurs préalablement définis dans le document Normes et lignes directrices SSCADAT et leur usage proposé.
 - X. Définir toutes les données nécessaires et la source des données qui seront recueillies pour gérer la qualité de la performance. Les données relatives à la gestion de la qualité de la performance peuvent soit comporter, soit avoir le potentiel de comporter, des renseignements personnels sur la santé du Client. Par conséquent, cette information doit être sécurisée, conformément à la législation sur la protection des données médicales. Trouver une méthode permettant la transmission sécurisée des données et indiquer où seront stockées les données.
 - XI. Définir les coûts du programme, y compris les sources de financement existantes et nouvelles.
- B. Les indicateurs de gestion de la qualité de la performance aux fins d'évaluation du programme et l'étalonnage doivent être définis en fonction de l'usage proposé et peuvent comprendre :
- I. Accès : Nombre de clients (mensuel).
 - Nombre de premières demandes de consultation.
 - Nombre de premières demandes de consultation annulées.
 - Nombre de Clients nécessitant une surveillance du suivi.

- Nombre de clients maintenus au Site demandeur.
- II. Qualité : Résultats
- Mortalité.
 - Durée du séjour en unité de soins intensifs (USI).
 - Expérience du client et de la famille.
 - Nombre de clients transférés depuis le Site demandeur.
 - Renforcement de la capacité aux Sites locaux.
- C. Propositions entérinées par le RLISS
- D. Propositions à soumettre aux SOSMPC pour analyse par les membres du Groupe provincial de référence SSCADAT, puis analyse et soumission au MSSLD.

S'assurer que la soumission de la proposition est complète : pour cela, serve-vous de la Liste de contrôle (*Annexe C*). Tous les points doivent être vérifiés avant de soumettre votre demande aux SOSMPC. Merci de joindre cette liste de contrôle comme page de couverture à votre soumission d'une proposition aux SOSMPC.

6.3. Annexe C : Liste de contrôle de soumission d'une proposition aux SSCADAT

Remplissez la liste de contrôle suivante pour vous assurer que la proposition comporte tous les éléments demandés avant que SOSMPC et MSSLD n'étudient votre proposition. Joignez cette liste de contrôle remplie et signée. Elle sera la page de couverture de votre proposition à l'organisme SSCADAT.

- La proposition répond à l'objectif général des Normes et lignes directrices SSCADAT.
- On a défini d'autres normes, politiques, procédures et protocoles qui s'appliquent.
- Les défis actuels du système sont définis.

La proposition comprend :

- Un modèle logique du programme.
- Une évaluation détaillée des besoins.
- Les buts et les objectifs du programme sont définis et s'alignent sur le Plan ontarien des soins aux malades en phase critique et sur les principales politiques de santé de l'Ontario.
- Les ressources existantes et nouvelles à exploiter.
- Un algorithme de flux du processus.
- La faisabilité.
- Le coût du programme.
- Les avantages prévus.
- Les indicateurs de gestion de la performance sont définis.
- Un plan de viabilité.

Nom de la personne qui a revu et complété cette liste de vérification :

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	SIGNATURE	DATE
--------------------------------	-----------	------

ÉTABLISSEMENT