

# Score de risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés

## Trousse de changement

# À propos de l'outil d'évaluation du risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés

Cette trousse de changement décrit des stratégies d'intégration de l'outil d'évaluation du risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés (HOMR) dans la pratique quotidienne selon l'expérience d'implantation d'hôpitaux de l'Ontario. Nous recommandons d'utiliser la trousse de changement en consultation avec les équipes de recherche, qui pourront donner des conseils supplémentaires et proposer des occasions de réseautage. Pour connaître les coordonnées des équipes de recherche, écrivez au Dr James Downar ([jdownar@toh.ca](mailto:jdownar@toh.ca)) et à Pete Wegier ([pwegier@hrh.ca](mailto:pwegier@hrh.ca)), ou à Excellence en santé Canada ([info@hec-esc.ca](mailto:info@hec-esc.ca)).

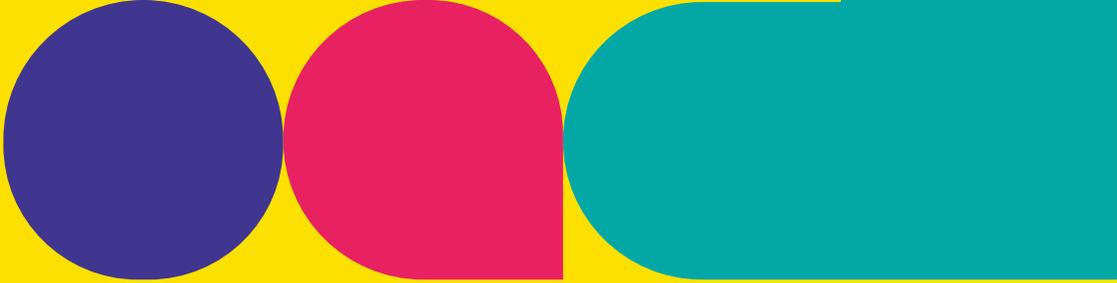
## Préparation

- Diana Sarakbi, responsable de programme, Excellence en santé Canada
- Shelly Crick, responsable principale de programme, Excellence en santé Canada
- Megan Taylor, responsable de programme, Excellence en santé Canada
- Olivia Sellner, stagiaire de programme, Excellence en santé Canada
- Julie Lapenskie, associée de recherche et gestionnaire, Institut de recherche Bruyère
- Sara Subramaniam, gestionnaire de projet de recherche, Hôpital Humber River
- Dr James Downar, chef, Division des soins palliatifs, Université d'Ottawa
- Pete Wegier, Ph. D., chaire de recherche en optimisation des soins par la technologie, Hôpital Humber River

## Remerciements et financement

Nous tenons à remercier les hôpitaux ontariens participants pour leur générosité dans la présentation de leurs expériences et ressources ainsi que pour leur engagement envers l'outil HOMR durant la pandémie de COVID-19.

Les hôpitaux participants ont pu implanter l'outil HOMR grâce au soutien d'Excellence en santé Canada (ESC), du Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (RCSPF) (anciennement Technology Evaluation in the Elderly Network), financé par le gouvernement du Canada dans le cadre du programme des Réseaux de centres d'excellence (RCE), du Centre d'innovation canadien sur la santé du cerveau et le vieillissement (CABHI) de Baycrest et d'une subvention du programme Projet des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). ESC a fourni de l'aide à l'implantation.



# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>ÉQUIPES HOMR</b>	<b>7</b>
<b>MAINTIEN DES GAINS</b>	<b>14</b>
<b>CRÉER L'INFRASTRUCTURE INFORMATIQUE POUR L'OUTIL HOMR</b>	<b>15</b>
<b>COMPRENDRE POURQUOI ET COMMENT ADMINISTRER LES OUTILS D'ÉVALUATION</b>	<b>17</b>
<b>SUIVRE LES RÉSULTATS D'ÉVALUATION DU PATIENT</b>	<b>19</b>
<b>APPRENDRE DE L'INTERVENTION HOMR</b>	<b>21</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>24</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>44</b>

# À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients, les proches aidants et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Les grandes lignes d'action d'ESC sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous nos efforts. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs, équitables et culturellement sûrs par la mobilisation de différents groupes, dont des patients, des proches aidants, des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits et le personnel des services de santé.

Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

ESC a fourni du financement et de l'aide à l'implantation de l'outil HOMR, ce qui comprend des activités en personne et en ligne, de l'encadrement en amélioration de la qualité et une plateforme de cyberapprentissage où accéder aux ressources d'HOMR et aux outils d'amélioration de la qualité et où partager des documents utiles avec les autres hôpitaux participants.

150, rue Kent, bureau 200

Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada

1 866 421-6933 | [info@hec-esc.ca](mailto:info@hec-esc.ca)

## Réseaux sociaux

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que le niveau de vie dont nous bénéficions aujourd'hui est le résultat de l'intendance et des sacrifices des premiers habitants de ces territoires. [En savoir plus](#)

# Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les soins palliatifs comme étant une approche qui améliore la qualité de vie des patients et des familles qui sont confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances par la reconnaissance précoce, l'évaluation rigoureuse et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel<sup>1</sup>.

Les soins palliatifs peuvent contribuer à soulager les symptômes causant de la détresse et aider les patients et leur famille à obtenir la meilleure qualité de vie possible. La reconnaissance précoce des besoins en soins palliatifs augmente la satisfaction des patients quant à leurs soins, facilite la prise en charge des symptômes et peut réduire les hospitalisations et la surutilisation de traitements lourds ou potentiellement inefficaces en fin de vie<sup>2</sup>. Intégrer les soins palliatifs signifie coordonner des services centrés sur les besoins et les préférences des personnes et de leur famille.

Santé Ontario considère que la reconnaissance précoce des besoins en soins palliatifs est une priorité. Le Réseau ontarien des soins palliatifs (ROSP) a conçu un cadre et des outils pour faciliter le repérage rapide des personnes qui tireraient avantage d'une approche palliative<sup>3</sup>. Le score de risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés (HOMR) et ses dérivés (HOMR modifié [mHOMR] et HOMR-Now!) sont des outils fiables pour le repérage des patients hospitalisés qui ont une espérance de vie réduite et des besoins insatisfaits en soins palliatifs<sup>4</sup>. C'est particulièrement vrai pour les patients dont l'état de santé ou la maladie sont associés à une trajectoire vers la mort plus ambiguë, comme une défaillance d'organe ou la fragilité; ces patients sont en effet moins susceptibles de recevoir des soins palliatifs que les patients atteints d'une maladie terminale comme un cancer<sup>5</sup>.



# Survol de l'HOMR

Le score d'HOMR sert à repérer les patients qui présentent un risque élevé de mortalité dans l'année suivant leur hospitalisation. Ce score est basé sur 12 valeurs administratives systématiquement codées par les hôpitaux lors du congé<sup>4</sup>. Neuf de ces valeurs sont accessibles dans le dossier de santé électronique (DSE) au moment de l'admission en Ontario. L'application HOMR modifié (mHOMR) a été conçue pour extraire ces 9 valeurs et calculer le risque de mortalité du patient à l'admission<sup>6-8</sup>. De plus, une version mise à jour de l'évaluation mHOMR, appelée HOMR-Now!, a récemment été créée et validée. Le score y est calculé à partir de 10 champs qui sont présents dans les données d'admission de nombreux hôpitaux, comme c'est le cas pour l'évaluation mHOMR<sup>9</sup>.

Les applications mHOMR et HOMR-Now! ont toutes deux pour objectif de fournir de l'information juste et fiable afin d'améliorer l'efficacité des interventions palliatives en mettant en évidence un petit groupe de patients ayant un risque de décès élevé et des besoins insatisfaits en soins palliatifs. HOMR-Now! est toutefois légèrement plus précise. Si les variables supplémentaires requises pour calculer le score HOMR-Now! se trouvent dans le dossier médical électronique du milieu clinique, HOMR-Now! est l'application recommandée. On compare à l'annexe 1 les différentes applications d'HOMR.

La figure 1 présente un tour d'horizon de l'outil HOMR. Chaque hôpital choisit sa population ou ses services cibles pour commencer l'implantation de l'outil et la collecte de données de référence pendant neuf mois. On recommande aux hôpitaux de commencer par leurs services de médecine

générale. Si le score de risque de mortalité d'un patient dépasse un seuil prédéfini (la recommandation de départ étant 0,21), l'application envoie un message à l'équipe clinique pour l'inviter à évaluer les besoins insatisfaits en soins palliatifs et à y répondre. Idéalement, l'évaluation devrait être faite dans les 72 heures suivant la réception du message en utilisant au minimum l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE-R), qui analyse la prise en charge des symptômes, et le Advance Care Planning (ACP) Engagement Survey, qui explore la planification préalable des soins et les objectifs de soins<sup>10,11</sup>. Si un patient atteint le seuil sur un des deux outils, il faut répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de prise en charge des symptômes ou de planification préalable des soins, ou des deux :

- **EASE-R** : Un score supérieur à 6 est signalé comme étant « grave », et l'équipe clinique décide soit de prendre en charge les symptômes de façon appropriée pour le patient, soit de consulter un expert en soins palliatifs.
- **ACP Engagement Survey** de quatre questions : Un score de 3 ou 4 indique que le patient est prêt à discuter de planification préalable des soins (PPS) avec un membre de l'équipe clinique. Celle-ci peut choisir de tenir elle-même la discussion sur la PPS et les objectifs des soins, de consulter un expert en soins palliatifs, de remettre des documents sur la PPS ou d'opter pour plusieurs de ces stratégies, selon le cas.

Les interventions de soins palliatifs sont administrées, à l'hôpital ou lors de la planification du congé, selon les besoins du patient et le fonctionnement de chaque hôpital.

Figure 1. Étapes clés de l'intervention HOMR



# Équipes HOMR

En novembre 2020, 13 hôpitaux de l'Ontario avaient implanté l'outil HOMR (modifié ou Now!) pour améliorer le repérage des patients ayant des besoins insatisfaits en soins palliatifs et la consignation de ces besoins, ainsi que la prestation de soins de fin de vie à ces patients :

- Hôpital Memorial de Cambridge
- Headwaters Health Care Centre
- Hôpital Humber River
- Centre des sciences de la santé de Kingston
- London Health Sciences Centre
- Hôpital Montfort
- Hôpital général de North York
- Hôpital régional de Pembroke
- Hôpital Queensway Carleton
- Hôpital St. Michael's
- L'Hôpital d'Ottawa
- William Osler Health System
- Hôpital régional de Windsor

Le processus d'implantation de l'outil HOMR dans ces hôpitaux a aidé à établir des stratégies et à recenser les enseignements appris au cours du processus d'amélioration de la qualité.

# Feuille de route d'amélioration de la qualité

La feuille de route d'amélioration de la qualité d'ESC a guidé l'implantation de l'outil HOMR grâce à trois grandes phases, illustrées dans la figure 2 :

1. **Avant la mise en œuvre** : La première phase consiste à former l'équipe d'amélioration de la qualité, à choisir les parties prenantes concernées et à planifier la façon dont l'outil sera intégré dans la pratique quotidienne. Cela comprend l'élaboration d'un énoncé d'objectif et d'un diagramme de forces mobilisatrices, la schématisation du déroulement actuel et souhaité du travail clinique pour la reconnaissance précoce des besoins en soins palliatifs, l'installation et l'essai de l'algorithme d'HOMR, et la collecte de données de référence.
2. **Pendant la mise en œuvre** : La deuxième phase consiste à évaluer les composantes du nouveau processus de travail clinique pour repérer, évaluer et prendre en charge les patients ayant des besoins en soins palliatifs à l'aide de l'outil HOMR. Il s'agit d'un processus itératif où l'équipe d'amélioration de la qualité teste, apprend et ajuste le processus de travail clinique pour l'outil HOMR selon les commentaires des cliniciens et autres parties prenantes.
3. **Après la mise en œuvre** : La troisième phase consiste à pérenniser les améliorations. Le but ultime de l'initiative d'amélioration de la qualité est d'intégrer l'outil HOMR de façon durable. L'outil de réussite à long terme (ORLT) souligne les facteurs qui contribuent à l'intégration d'une initiative d'amélioration de la qualité dans la pratique quotidienne (ex. : correspondance aux priorités organisationnelles, soutien de la direction, participation de l'équipe). Cet outil pourrait servir de liste de vérification durant la phase préalable à la mise en œuvre et être réutilisé tout au long de l'initiative pour suivre les progrès. Un sondage de suivi mené après 6 et 12 mois peut aider à évaluer la pérennité de l'initiative.

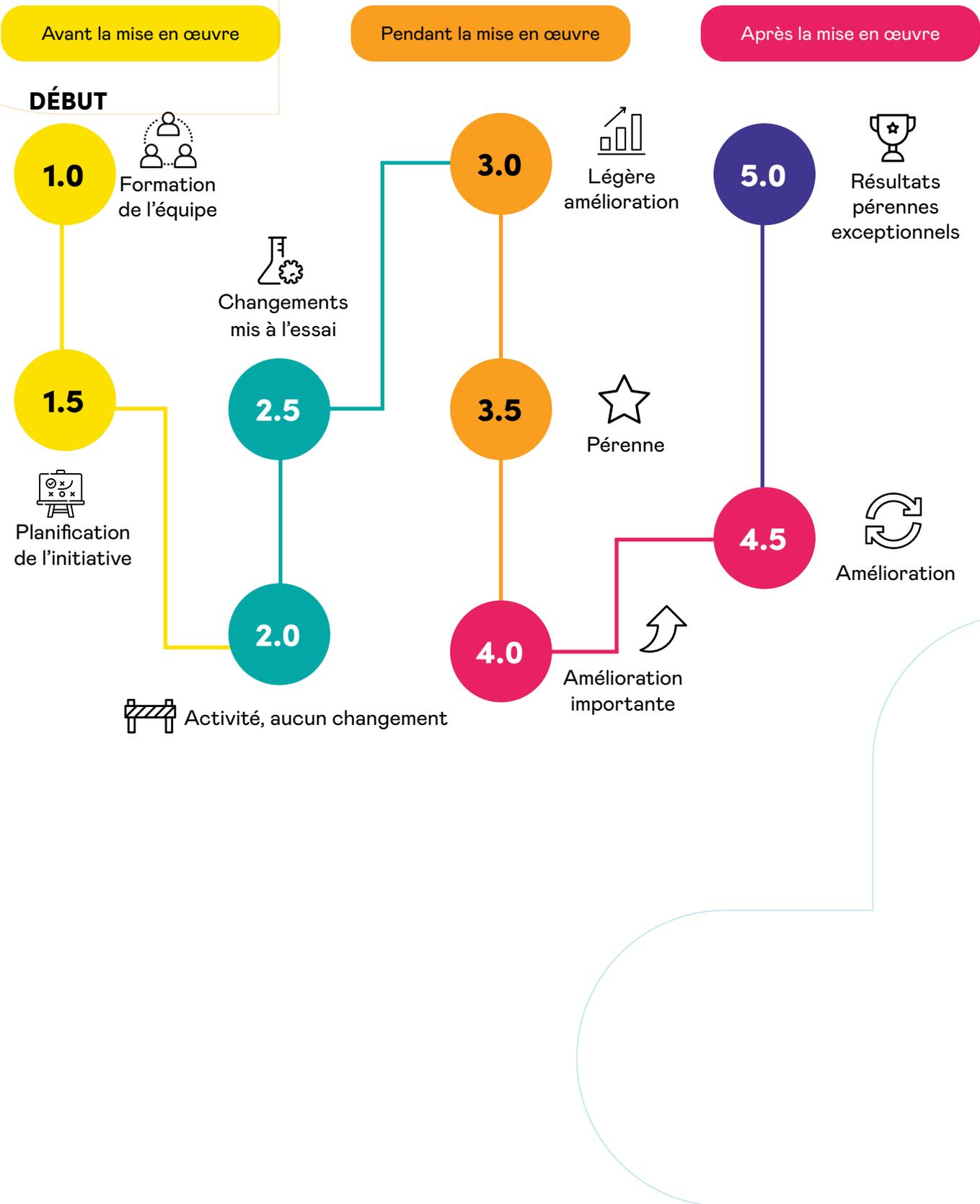
## Former une équipe

On recommande qu'une équipe d'amélioration de la qualité dirige l'implantation de l'outil HOMR avec un gestionnaire de projet dédié, notamment en établissant des objectifs et échéanciers communs pour l'initiative. Il est important que les équipes définissent clairement les rôles et responsabilités de chaque membre. Les équipes devraient être multidisciplinaires et représentatives des personnes qui configureront l'infrastructure de l'outil HOMR dans la plateforme de DSE et qui recevront les avis d'HOMR et en feront le suivi :

- Patients ressources
- Cliniciens (ex. : infirmières et médecins travaillant dans les services ciblés)
- Spécialistes des technologies de l'information (TI), des systèmes d'information (SI) et de l'aide à la décision
- Experts en amélioration de la qualité
- Membres de l'équipe de gestion et de direction de l'hôpital
- Responsables régionaux des soins palliatifs pour faciliter la coordination des soins dans la communauté

En plus de l'équipe d'amélioration de la qualité, il est important de définir les parties prenantes pour l'intervention HOMR, le degré de mobilisation et les méthodes de communication. Une partie prenante désigne une personne ou un groupe qui peut influencer le projet d'amélioration de la qualité à une étape précoce, quand ces relations peuvent être gérées; cela comprend les partisans du changement et ses opposants. Des parties prenantes sont indiquées dans la figure 3 pour les utilisateurs de services (patients et prestataires qui pourraient profiter de l'outil HOMR), les partenaires (personnes qui aident à offrir l'intervention), les collaborateurs (personnes qui influencent l'équipe d'implantation), les alliés (partisans actifs de l'intervention et des changements associés) et les voix (opinions exprimées sur le projet et commentaires entendus par d'autres).

**Figure 2. Feuille de route d'amélioration de la qualité d'ESC : mise en œuvre de l'outil HOMR**



## Planification de l'initiative

Plusieurs outils d'amélioration de la qualité sont à la disposition des équipes pour les aider dans leur planification. Cela comprend des gabarits pour la préparation d'un énoncé d'objectif, d'un diagramme de forces mobilisatrices et d'un cycle PEEA (Planifier – Exécuter – Étudier – Agir) qui ont été adaptés pour l'intervention HOMR (communiquer avec les équipes de recherche pour accéder à ces fichiers). Le diagramme de forces mobilisatrices résume les caractéristiques essentielles et non essentielles de l'intervention. On recommande de suivre les étapes ci-dessous durant la phase de planification :

- Élaborer un plan pour l'application du changement dans les autres services de l'hôpital.
- Concevoir l'énoncé d'objectif et le diagramme de forces mobilisatrices et les réviser régulièrement en équipe (ex. : tous les trois mois).
- Fournir des séances de formation sur l'outil HOMR, y compris sur les outils d'évaluation (ex. : [EASE-R](#) et [ACP Engagement Survey](#)).
- Fournir des séances de formation adaptées au rôle des divers membres de l'équipe.
- Expliquer comment l'outil HOMR s'insère dans la stratégie globale de soins palliatifs de l'hôpital (ex. : plans d'amélioration de la qualité de Santé Ontario pour la détermination précoce des objectifs des soins).

Déterminer à quelle fréquence l'équipe d'amélioration de la qualité doit se réunir pour planifier l'initiative, communiquer les changements et suivre les progrès. Il est important de communiquer les objectifs de l'intervention au-delà de l'équipe d'amélioration de la qualité, particulièrement aux cliniciens qui administrent les évaluations et font le suivi de résultats.

**Figure 3. Parties prenantes de l'intervention HOMR**

Utilisateurs de services	Partenaires	Collaborateurs	Alliés	Voix
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients et familles</li> <li>• Conseillers en matière d'expérience du patient</li> <li>• Groupe consultatif de patients</li> <li>• Équipe soignante</li> <li>• Prestataires de soins de transition</li> <li>• Prestataires de soins à domicile et communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients et familles</li> <li>• Équipe soignante (ex. : TS, IA, médecins exerçant en milieu hospitalier)</li> <li>• Prestataires de soins primaires, communautaires et à domicile</li> <li>• Excellence en santé Canada</li> <li>• Chercheurs</li> <li>• Responsables des politiques</li> <li>• TI/Dossier de santé électronique</li> <li>• Fournisseurs externes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe soignante (ex. : IA, médecins)</li> <li>• Administrateurs/gestionnaires</li> <li>• Groupe de défense des intérêts des patients</li> <li>• Cabinet de groupe</li> <li>• Soins primaires</li> <li>• Chercheurs</li> <li>• TI</li> <li>• Réseaux sociaux (ex. : Twitter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients et familles</li> <li>• Équipe soignante (ex. : médecins, IA, TS, rgothérapeutes)</li> <li>• Éducateurs (ex. : IA, gestionnaire de l'unité d'implantation, médecins [médecine hospitalière, médecine interne], chefs de service)</li> <li>• Administrateurs (ex. : gestionnaire de projet, direction des services cliniques ou des opérations)</li> <li>• TI</li> <li>• Chercheurs (relation avec l'hôpital)</li> <li>• Prestataires de soins primaires, communautaires et à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients et familles (témoignages, sentiment d'être écoutés et inclus, etc.)</li> <li>• Groupe de défense des intérêts des patients</li> <li>• Équipe soignante, y compris les spécialistes en soins palliatifs (charge de travail, pratiques exemplaires, etc.)</li> <li>• Organisation (risques, coût, etc.)</li> <li>• Cabinet de groupe</li> <li>• Soins primaires (comprendre les pratiques actuelles et les projets en cours [consultation, ecommandations, actualisation])</li> <li>• Excellence en santé Canada</li> <li>• Réseaux sociaux</li> </ul>

## Principaux points à retenir

- La planification prend du temps, surtout quand les hôpitaux ont des priorités concurrentes.
- La participation de nombreuses parties prenantes est essentielle pour favoriser l'adoption et l'engagement, et elle doit commencer tôt dans le projet.
- Il est important d'avoir des perspectives diversifiées dans l'équipe, notamment par la participation de spécialistes des TI, de cliniciens, d'experts en amélioration de la qualité et de responsables régionaux des soins palliatifs, selon le cas.
- Il faut comprendre la valeur de l'outil HOMR et transmettre ce message durant les activités de formation. Le concept est expliqué dans le livre *Commencer par le pourquoi* de [Simon Sinek](#).

## Ressources

- Foire aux questions sur l'outil HOMR (annexe 1)
- [How to Improve | Institute for Healthcare Improvement \(IHI\) \(cycles PEEA\)](#)
- [How to Improve | Institute for Healthcare Improvement \(IHI\) \(établir des objectifs\)](#)
- [Tools | Institute for Healthcare Improvement \(IHI\) \(diagramme des forces mobilisatrices\)](#)

# Maintien des gains

Il n'est pas facile d'appliquer les données probantes dans la pratique de façon durable. Les projets d'amélioration courent le risque de ne pas maintenir leurs gains après la fin de l'implantation et du soutien financier. L'outil de réussite à long terme a été créé selon 12 facteurs que la littérature a jugés importants pour la réussite à long terme<sup>12</sup>. Ces facteurs sont regroupés en trois grands thèmes : les personnes, les pratiques et le milieu (figure 4).

**Figure 4. Facteurs de réussite à long terme**



Le but de l'outil est de donner aux équipes une façon simple d'évaluer leur travail par rapport aux 12 facteurs de réussite à long terme. L'outil se veut simple et rapide à utiliser. On recommande de le remplir durant la phase de planification pour obtenir un score de référence et pour cerner les forces et les points à améliorer. Le sondage peut être mené de nouveau tous les trois mois durant l'initiative d'amélioration de la qualité pour suivre les progrès. L'analyse des résultats peut être intégrée dans toute réunion prévue par l'équipe d'amélioration de la qualité qui implante l'outil HOMR. À la fin de la phase d'implantation, un sondage de suivi peut être rempli après 6 et 12 mois pour évaluer la durabilité de l'initiative.

## Ressources

- Sondage de suivi après 6 et 12 mois (annexe 2)
- Outil de réussite à long terme (annexe 4)

# Créer l'infrastructure informatique pour l'outil HOMR

## Description

Cette étape de l'intervention consiste à mettre en place l'infrastructure informatique requise pour repérer les patients admis à l'hôpital qui ont une espérance de vie réduite au moyen de l'algorithme HOMR. Cela fait partie de l'Étape 1 – Définition du modèle de pratiques exemplaires du [Réseau ontarien des soins palliatifs \(ROSP\)](#) pour la reconnaissance précoce des personnes qui profiteraient de soins palliatifs.

**DÉTERMINER** tôt dans la trajectoire de la maladie si la personne bénéficierait des soins palliatifs.

**ÉVALUER** les préférences et les besoins actuels et futurs de la personne, de la famille et des proches aidants dans l'ensemble des domaines de soins.

**PLANIFIER et GÉRER** les soins continus pour répondre aux besoins définis lors de l'évaluation.

## Objectifs

Voici un exemple d'extrait de diagramme des forces mobilisatrices pour l'HOMR propre à cette étape.

On établit un score HOMR pour chacun des nouveaux patients admis dans [nom du ou des services, ex. : médecine générale].

## Discussion en équipe

On recommande de discuter des questions suivantes en équipe pour bien planifier l'infrastructure informatique nécessaire :

- Devrions-nous implanter l'application HOMR-Now! ou mHOMR sur notre plateforme de DSE (voir l'annexe 1 pour des comparaisons entre les différentes versions de l'outil)?
- Comment décider en tant qu'équipe clinique du seuil de score d'HOMR pour nos patients?
- Comment chaque clinicien est-il informé lorsqu'un patient dépasse le seuil établi pour l'outil HOMR?
- Comment intégrerons-nous le processus d'avis d'HOMR dans notre plateforme de DSE?

## Conseils

- Utiliser la version HOMR-Now!, plus précise et à jour, si possible.
- Discuter de la logistique entourant l'application mHOMR ou HOMR-Now! dans votre établissement, notamment pour déterminer quelle application conviendrait le mieux à votre plateforme de DSE.
- Si possible, communiquer avec les responsables des TI d'autres établissements qui utilisent une plateforme de DSE semblable et qui ont implanté l'outil HOMR pour mettre en commun vos apprentissages.
- Choisir et tester un seuil pour les avis d'HOMR pour les « patients ayant un HOMR positif » (score recommandé de  $> 0,21$ ). Ajuster les seuils au besoin selon le volume de patients et la capacité du personnel.
- Concevoir du matériel de formation sur le fonctionnement de l'application pour le personnel.

## Principaux points à retenir

- Il est préférable d'utiliser l'outil HOMR à chaque admission et de limiter les alertes aux services concernés. Cela facilitera la diffusion aux autres services plus tard.
- On peut commencer avec un seuil de 0,21 et l'ajuster à la hausse ou à la baisse selon le volume de patients et la capacité du personnel.
- Il faut déterminer qui recevra les avis pour le triage chaque jour, par exemple l'infirmière du patient. Il n'est pas recommandé d'écrire directement aux médecins. L'établissement du processus d'avis se fera en consultation avec les cliniciens, notamment pour déterminer comment gérer les signalements multiples pour un même patient.

# Comprendre pourquoi et comment administrer les outils d'évaluation

## Description

Cette étape porte sur la compréhension de la valeur de l'intervention et le soutien aux cliniciens qui administrent au minimum l'[EASE-R](#) et l'[ACP Engagement Survey](#), et qui répondent aux besoins insatisfaits cernés par ces outils pour améliorer les soins aux patients. Cela fait partie de l'Étape 2 : Évaluer du modèle de pratiques exemplaires du [Réseau ontarien des soins palliatifs \(ROSP\)](#).

**DÉTERMINER** tôt dans la trajectoire de la maladie si la personne bénéficierait des soins palliatifs.

**ÉVALUER** les préférences et les besoins actuels et futurs de la personne, de la famille et des proches aidants dans l'ensemble des domaines de soins.

**PLANIFIER** et **GÉRER** les soins continus pour répondre aux besoins définis lors de l'évaluation.

## Objectifs

Voici un exemple d'extrait de diagramme des forces mobilisatrices pour l'HOMR propre à cette étape.

Les patients repérés par l'outil sont évalués avec l'[EASE-R](#), l'[ACP Engagement Survey](#) de quatre questions et [ajouter tout autre outil utilisé] dans les 72 heures suivant l'admission.

## Discussion en équipe

On recommande de discuter des questions suivantes en équipe pour mieux comprendre pourquoi et comment administrer les outils d'évaluation :

- Quelle est la valeur de l'intervention HOMR? Quels sont les messages clés à transmettre aux membres de l'équipe clinique selon leur rôle (ex. : médecins, infirmières, professionnels paramédicaux)?
- Comment appliquerons-nous la perspective des patients et des familles dans notre processus d'évaluation? Avons-nous au moins un patient ou un proche ressource dans notre équipe d'amélioration de la qualité?
- Qu'arrive-t-il quand un patient est signalé par l'outil HOMR? Qui doit en être avisé? Quand?
- Comment évaluerons-nous les patients ayant un HOMR positif?
- Comment communiquerons-nous et utiliserons-nous les résultats des outils d'évaluation?
- Qui doit être formé sur le processus? Comment fournirons-nous cette formation?

## Conseils

- Déterminer quels services recevront les avis d'HOMR et quels rôles et responsabilités auront les membres de l'équipe clinique.
- Élaborer un processus pour utiliser les outils d'évaluation.

**EESE-R** : Un score supérieur à 6 signale un cas grave.

**ACP Engagement Survey** : Un score de 3 ou 4 indique que le patient est prêt à discuter de PPS et d'objectifs de soins.

- Fournir au personnel de la formation sur l'évaluation des patients ayant un HOMR positif et le suivi à faire selon les résultats.
- Entrer en contact avec les responsables de projet ou de clinique d'autres établissements qui ont implanté l'outil HOMR pour mettre en commun les apprentissages, et de même avec les responsables régionaux des soins palliatifs s'il y a lieu.

## Principaux points à retenir

- L'outil HOMR aide à repérer les patients dont l'état de santé ou la maladie sont associés à une trajectoire vers la mort plus ambiguë (ex. : défaillance d'organe ou fragilité, plutôt qu'une maladie terminale comme un cancer).
- L'EESE-R et l'ACP Engagement Survey de quatre questions ont été sélectionnés parce qu'ils sont des outils validés très courts et faciles à utiliser.
- L'application HOMR est un outil fiable qui donne peu de faux positifs.
- On conseille d'implanter l'outil HOMR dans les services de médecine avant de le diffuser à plus grande échelle.
- On peut établir un moment standard pour l'envoi des avis chaque jour (ex. : changement de quart du matin).
- Les patients pourraient avoir besoin d'aide pour remplir les outils s'ils ont un trouble cognitif.

# Suivre les résultats d'évaluation du patient

## Description

Cette étape se concentre sur la gestion des besoins en soins palliatifs du patient, y compris le suivi avec son prestataire de soins primaires pour lui transmettre les résultats d'évaluation clinique. Cela fait partie de l'Étape 3 : Planification et gestion du modèle de pratiques exemplaires du [Réseau ontarien des soins palliatifs \(ROSP\)](#).

**DÉTERMINER** tôt dans la trajectoire de la maladie si la personne bénéficierait des soins palliatifs.

**ÉVALUER** les préférences et les besoins actuels et futurs de la personne, de la famille et des proches aidants dans l'ensemble des domaines de soins.

**PLANIFIER et GÉRER** les soins continus pour répondre aux besoins définis lors de l'évaluation.

## Objectifs

Voici un exemple d'extrait de diagramme des forces mobilisatrices pour l'HOMR propre à cette étape.

Les interventions de soins palliatifs sont administrées durant l'admission à l'hôpital selon les besoins du patient, et cette information est transmise à son prestataire de soins primaires.

## Discussion en équipe

On recommande de discuter des questions suivantes en équipe pour faciliter la gestion des besoins en soins palliatifs du patient à l'hôpital et la coordination des soins dans la communauté :

- Pourquoi cette étape est-elle importante en soins palliatifs?
- Comment utiliserons-nous les résultats des outils d'évaluation clinique? Comment transmettrons-nous cette information au patient, à la famille et au prestataire de soins primaires?
- Qui doit être formé sur le processus? Comment fournirons-nous cette formation?

## Conseils

- Élaborer un processus pour le suivi des résultats des outils d'évaluation pendant que le patient est à l'hôpital et coordonner les besoins du patient avec son prestataire de soins primaires dans la communauté.
- Fournir au personnel de la formation sur le suivi selon les résultats.
- Entrer en contact avec les responsables de projet ou de clinique d'autres établissements pour mettre en commun les apprentissages, et de même avec les responsables régionaux des soins palliatifs s'il y a lieu.

## Principaux points à retenir

- Il est important d'avoir un modèle intégré avec le secteur communautaire et de connaître les services offerts avant d'envoyer le patient chez lui.
- Il faut transmettre l'information rapidement aux médecins et infirmières pour répondre aux besoins en soins palliatifs des patients.
- On doit faire un suivi du processus d'aiguillage et jouer un rôle actif.
- Il faut veiller à ce que les rôles soient clairement attribués pour le suivi d'un patient qui quitte l'hôpital.

# Apprendre de l'intervention HOMR

## Description

Pour bien déployer l'outil HOMR et pour en pérenniser l'utilisation, il faudra y aller par étapes itératives. Cette phase porte sur la surveillance des progrès et l'utilisation des résultats pour apporter des améliorations. Cela aidera à évaluer le processus utilisé pour implanter les trois étapes du modèle de pratiques exemplaires du [Réseau ontarien des soins palliatifs \(ROSP\)](#).

**DÉTERMINER** tôt dans la trajectoire de la maladie si la personne bénéficierait des soins palliatifs.

**ÉVALUER** les préférences et les besoins actuels et futurs de la personne, de la famille et des proches aidants dans l'ensemble des domaines de soins.

**PLANIFIER** et **GÉRER** les soins continus pour répondre aux besoins définis lors de l'évaluation.

## Objectifs

Voici un exemple d'extrait de diagramme des forces mobilisatrices pour l'HOMR propre à cette étape.

Le processus de repérage, d'évaluation, de planification et de gestion des besoins en soins palliatifs des patients est évalué en continu en équipe au moyen (par exemple) de cycles PEEA.

## Exemples de mesures

- Proportion des admissions dans chaque établissement signalées par l'application HOMR.
- Proportion des admissions ayant un score d'HOMR supérieur à 0,21 pour lesquelles l'[EESE-R](#) et l'[ACP Engagement Survey](#) de quatre questions ont été remplis dans les 72 heures.
- Proportion des admissions ayant un score d'HOMR supérieur à 0,21 dont le score de symptômes sur l'EESE est supérieur à 6 ou comprenant un désir exprimé de PPS selon l'[ACP Engagement Survey](#) de quatre questions.
- Proportion de patients ayant un HOMR positif dont les besoins en soins palliatifs ont été transmis au prestataire de soins primaires.

## Discussion en équipe

On recommande de discuter des questions suivantes en équipe pour évaluer l'implantation de l'outil HOMR :

- Quelles données suivrons-nous pour évaluer notre implantation de l'initiative HOMR? Quelles sont nos cibles?
- Qui sera responsable de la collecte des données dans notre établissement? Comment et à quelle fréquence recueillerons-nous ces données?
- Comment et à quelle fréquence évaluerons-nous notre démarche pour cibler les possibilités d'amélioration (ex. : formation supplémentaire, respect de la cible de 72 heures pour remplir les outils d'évaluation)?

## Conseils

- Déterminer qui recueillera les données utilisées pour l'évaluation de l'outil HOMR.
- Définir les périodes de préintervention et de postintervention. Utiliser les données recueillies pour la période de préintervention (données de référence) pour établir les cibles d'implantation (ex. : l'objectif pourrait être une amélioration de 50 % dans l'évaluation des besoins).
- Dresser un calendrier pour l'essai des diverses composantes du processus de travail clinique et établir un processus pour la diffusion des résultats.

## Principaux points à retenir

- On conseille d'établir une valeur de référence en recueillant des données avant l'implantation (ex. : neuf mois avant). Cela facilitera la préparation de l'énoncé d'objectif et du diagramme de forces mobilisatrices.
- On peut dresser un calendrier pour le suivi des progrès afin de faire des changements rapides selon la rétroaction et transmettre les résultats aux autres services pour faciliter la mise à l'échelle de l'outil HOMR dans l'hôpital.
- L'analyse des résultats de suivi des patients ayant un HOMR positif après un an permettra d'évaluer les retombées.

# Glossaire

- Les **soins palliatifs** visent à fournir aux patients un soulagement de la douleur, de leurs autres symptômes et du stress associé au fait d'avoir une maladie grave. Le but est d'améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille. Les soins palliatifs sont offerts dans plusieurs milieux, y compris à domicile, en maison de soins palliatifs, en établissement de soins en hébergement et à l'hôpital.
- Les **objectifs de soins** sont des choix faits par le patient ou la famille pour le traitement et les soins en fonction du diagnostic et du pronostic, des avantages et risques potentiels associés aux diverses thérapies et des priorités et croyances personnelles.
- Les **soins de fin de vie** sont prodigués à des patients atteints de maladies avancées, limitant l'espérance de vie, et visent le confort, la qualité de vie, le respect des décisions personnelles en matière de traitements, le soutien de la famille, et les questions psychologiques et spirituelles.
- Le terme **maladie limitant l'espérance de vie** décrit une maladie dont on peut raisonnablement s'attendre qu'elle cause la mort de la personne dans un avenir proche.
- La **planification préalable des soins** La planification préalable des soins est un processus permettant de comprendre et de partager ses valeurs personnelles, ses objectifs de vie et ses préférences quant aux futurs soins médicaux. Son objectif est d'aider les personnes atteintes d'une maladie grave à recevoir des soins alignés sur leurs valeurs et leurs préférences.

# Annexes

## 1. Foire aux questions sur l'outil HOMR

### Qu'est-ce que l'outil HOMR?

L'outil d'évaluation du risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés (HOMR) est une application qui utilise automatiquement et avec précision et fiabilité les données systématiquement recueillies par les hôpitaux à l'admission pour calculer le risque qu'un patient décède dans les 12 mois suivants. Cela aide les cliniciens à repérer les patients hospitalisés qui ont des besoins insatisfaits en soins palliatifs. L'application HOMR vise à améliorer l'efficacité des interventions palliatives en se concentrant sur un petit groupe de patients ayant un risque de décès élevé et des besoins insatisfaits en soins palliatifs, à un point approprié de la trajectoire de leur maladie.

### Pourquoi l'outil HOMR est-il nécessaire? Comment améliorera-t-il les soins aux patients?

Les cliniciens ont besoin d'une méthode fiable pour repérer les patients hospitalisés qui ont une espérance de vie réduite et des besoins insatisfaits en soins palliatifs. C'est particulièrement vrai pour les patients dont l'état de santé ou la maladie sont associés à une trajectoire vers la mort plus ambiguë, comme une défaillance d'organe ou la fragilité; ces patients sont en effet moins susceptibles de recevoir des soins palliatifs que les patients atteints d'une maladie terminale comme un cancer. En outre, dans la pratique, le repérage des patients revient aux cliniciens, qui ont souvent beaucoup d'autres responsabilités requérant leur attention, ce qui diminue le nombre de patients repérés et limite la capacité à bien reconnaître ceux pour qui des soins palliatifs et de fin de vie seraient appropriés.

L'outil HOMR repère automatiquement et avec fiabilité les patients qui ont des besoins insatisfaits en soins palliatifs. Il peut jouer un rôle de déclencheur pour amener les médecins à envisager l'administration de soins palliatifs et de fin de vie bénéfiques pour les patients, comme la prise en charge des symptômes, les discussions sur les objectifs des soins, la déprescription ou l'allègement du traitement.

### Quel est l'avantage d'utiliser l'outil HOMR plutôt qu'un autre outil comme la question sur la surprise?

Une approche objective et automatisée comme l'outil HOMR surpasse plusieurs barrières qui limitent l'efficacité des approches dépendant du prestataire. Dans la pratique actuelle, les patients sont souvent ciblés pour une approche palliative en raison d'un mauvais pronostic ou d'un autre élément semblable. Cependant, la littérature montre que les cliniciens surestiment souvent la survie, ce qui retarde les interventions. Pour corriger cette tendance, certains suggèrent l'utilisation de la question sur la surprise (QS) : le clinicien se demande « Serais-je surpris si ce patient décédait dans les 12 prochains mois? ». Un « non » (QS+) mènerait alors à une évaluation détaillée et à une intervention palliative appropriée. La QS a été abondamment promue et a été intégrée dans le Gold Standards Framework et dans l'outil NECesidades PALliativas [besoins en soins palliatifs] (NECPAL), tous deux conçus pour le repérage des patients ayant besoin de soins palliatifs. Cependant, une méta-analyse de la QS a indiqué une exactitude au mieux modeste : l'outil manquait plus du tiers des patients mourants, et donnait beaucoup de faux positifs, particulièrement chez les patients ayant une maladie autre que le cancer. La QS a aussi une faible fiabilité d'un évaluateur à l'autre,

et dépend de la volonté et de la mémoire du prestataire de soins de santé. Les études sur l'implantation d'interventions basées sur la QS au Royaume-Uni et au Canada (Ontario) ont montré une faible adoption. Les outils plus complexes dépendant du prestataire comme le Gold Standards Framework et NECPAL repèrent à peu près les mêmes patients que la QS, et leur complexité est un obstacle considérable à leur implantation réelle.

### **Quelle est la différence entre HOMR, mHOMR et HOMR-Now!?**

Il y a trois versions de l'outil d'évaluation du risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés : « HOMR », « mHOMR » et « HOMR-Now! ». Les trois versions diffèrent dans leur utilisation clinique en raison des données administratives qu'elles recueillent.

L'outil HOMR original calcule le risque au moyen de 12 valeurs administratives, dont certaines ne sont systématiquement codées qu'au moment du congé. Cela signifie que l'outil ne peut pas être utilisé en temps réel pour faciliter la prise de décisions cliniques durant l'hospitalisation du patient.

mHOMR est une version modifiée de l'outil HOMR qui utilise 9 valeurs administratives, toutes disponibles dès l'admission. Cet outil emploie une application informatique (par le système de dossiers médicaux électroniques)

pour calculer automatiquement le score de mHOMR de chaque patient admis. Il invite ensuite l'équipe d'admission à envisager des interventions de soins palliatifs et de fin de vie pour les patients à risque de mortalité élevé.

HOMR-Now! est une version mise à jour de mHOMR qui a récemment été élaborée et validée. Le score est calculé à partir de 10 champs de données et d'un terme d'interaction disponibles dans les données d'admission de nombreux hôpitaux. Cet outil comprend des variables légèrement différentes de mHOMR, comme le dernier indice de comorbidités de Charlson du patient, le fait qu'il ait été vu ou non dans une clinique de cancérologie dans les 12 mois précédents, et le dernier Laboratory-based Acute Physiology Score (LAPS) du patient.

mHOMR et HOMR-Now! sont tous deux des outils précis et fiables (indices de concordance C de 0,89 et 0,92, respectivement). La décision d'implanter l'un plutôt que l'autre dépend de la disponibilité des variables supplémentaires requises pour calculer HOMR-Now! dans le dossier médical électronique; si elles y sont, nous recommandons d'implanter HOMR-Now!, qui est légèrement plus précis.

## Variantes de l'outil HOMR

HOMR (c=0.90-0.92)	MHOMR (c=0.89)	HOMR Now! (c=0.92)
Âge	Âge	Risque de décès (tables de survie)
Sexe	Sexe	Sexe
O2 à domicile		
Diagnostic menant à l'hospitalisation		
Indice de comorbidités de Charlson		Charlson (hospitalisation antérieure)*
Service d'accueil	Service d'accueil	Service d'accueil
Réhospitalisation d'urgence dans les 30 jours	Réhospitalisation d'urgence dans les 30 jours	
Nbre de visites à l'urgence dans les 12 derniers mois	Nbre de visites à l'urgence dans les 12 derniers mois	Nbre de visites à l'urgence dans les 12 derniers mois
Admissions par ambulance dans les 12 derniers mois	Admissions par ambulance dans les 12 derniers mois	
Résidence (par exemple domicile, spins de longue durée)	Résidence (par exemple domicile, spins de longue durée)	Résidence (par exemple domicile, spins de longue durée)
Urgence de l'hospitalisation/ admission par ambulance	Urgence de l'hospitalisation/ admission par ambulance	Urgence de l'hospitalisation/ admission par ambulance
Arrivée directement à l'unité des soins intensifs	Arrivée directement à l'unité des soins intensifs	
		Visite à une clinique d'oncologie dans les 12 derniers mois
		Score LAP (Laboratory-based Acute Physiology)**

### Comment l'outil HOMR calcule-t-il le risque de mortalité? Est-il précis?

L'outil HOMR calcule le risque de mortalité en utilisant des variables démographiques simples (ex. : âge, sexe) et de l'information administrative (ex. : service d'admission, situation de vie, nombre d'admissions dans les 12 derniers mois). Ce n'est pas une mesure parfaite, mais il est plus précis (indice de concordance C de 0,89 à 0,92) que tout autre outil pronostique publié qui fait appel à de l'information clinique ou au jugement du clinicien. Pour en savoir plus sur la validation du score d'HOMR, vous pouvez consulter les articles fournis à la dernière page de ce document.

## **Comment le score d'HOMR est-il interprété (ex. : que signifie un score de 0,34)?**

Le score d'HOMR d'un patient représente sa probabilité de décès dans les 12 mois suivant son hospitalisation; ainsi, un patient avec un score d'HOMR de 0,34 a une probabilité de 34 % de décéder dans l'année.

## **Pourquoi les cliniciens ou les patients et leur famille ne sont-ils pas informés du score d'HOMR?**

L'objectif de l'intervention est de cerner les patients à qui profiterait une approche palliative. Comme le score d'HOMR en soi n'est pas prescriptif et peut varier durant la fenêtre d'évaluation, il n'est pas transmis au clinicien, au patient ou à la famille. Le nombre absolu est aussi une mesure populationnelle et n'est donc pas facile à interpréter pour une personne donnée (ex. : la différence entre un risque de 25 % et un risque de 33 % est peu susceptible d'être interprétable ou significative pour le patient, ou encore de changer considérablement le fait qu'il puisse ou non recevoir des soins palliatifs).

## **Pourquoi un seuil de score est-il recommandé? Comment ce seuil est-il choisi?**

L'outil HOMR envoie un avis à l'équipe d'admission du patient quand le score d'HOMR de celui-ci dépasse un certain seuil. L'outil a été conçu pour être une mesure binaire permettant de déterminer s'il faut envisager des soins palliatifs, et non un outil prescriptif. La décision d'utiliser ou non des interventions palliatives demeure la responsabilité de l'équipe.

Bien que nous recommandions un seuil de départ de 0,21 (spécificité de \*90 %, sensibilité de 59 % pour l'outil mHOMR), l'HOMR est un outil polyvalent qui peut être ajusté selon les préférences de l'organisation. Comme cet outil produit un score de risque continu de 0 à 1, l'utilisateur peut choisir le seuil à employer pour repérer les patients « à risque élevé ».

Les organisations se préoccupant de l'utilisation efficace de ressources limitées peuvent choisir un seuil plus élevé, rendant l'application plus spécifique que sensible. Parmi les patients repérés par l'outil HOMR, la plupart auraient des besoins insatisfaits en soins palliatifs ou un désir de discuter d'objectifs de soins avec leur médecin. Les organisations utilisant des interventions évolutives peuvent au contraire baisser le seuil pour que l'instrument soit plus sensible que spécifique. Plus de patients seraient alors signalés, mais ils n'auraient pas nécessairement des besoins insatisfaits en soins palliatifs.

Pour la plupart des hôpitaux, un seuil de 0,21 signale environ 10 % de toutes les hospitalisations, ce qui reflète bien le taux de mortalité à un an observé chez les patients hospitalisés en Ontario. L'expérience vécue jusqu'ici semble indiquer qu'un taux de positivité de 10 % représente une charge de travail gérable pour le personnel.

## **Comment l'outil HOMR est-il intégré dans le DME? Quel type et quel volume de soutien en technologies de l'information et en systèmes d'information sont requis?**

L'outil HOMR est intégré dans le dossier médical électronique (DME). Cette intégration et la génération des scores peuvent être résumées en trois étapes : schématisation des données, validation des données, et communication et cheminement des données.

*Schématization des données* : L'application HOMR est bâtie avec l'aide du service de technologies de l'information (TI) ou de systèmes d'information (SI) de l'hôpital dans le langage de programmation du DME de l'hôpital. L'application commence par extraire les variables requises (schématisation pour déterminer où sont stockées les variables et comment les extraire). L'application utilise ensuite ces variables pour calculer un score d'HOMR pour chaque patient.

*Validation des données* : Les équipes de TI et de SI valident le score d'HOMR par rapport aux patients admis plus tôt pour veiller à ce que le score soit bien calculé et généré. Durant la validation, les équipes choisissent aussi un seuil qui produira un nombre gérable d'avis positifs.

*Communication et cheminement des données* : Après le calcul d'un score d'HOMR, celui-ci est comparé à un seuil préétabli, pour déterminer si un avis sera créé pour le patient. Si le score du patient est supérieur au seuil établi, un avis est envoyé par l'application HOMR dans le DME du patient pour le signaler à l'équipe clinique. La façon dont le score est communiqué à l'équipe soignante dans le DME varie d'un hôpital à l'autre selon le type de DME utilisé et les processus cliniques.

D'après l'expérience des hôpitaux qui ont implanté l'outil jusqu'ici, on estime qu'un total de deux semaines de travail pour 1,0 ETP (analyste de données ou spécialiste des SI ou TI) est requis pour l'intégration de l'outil HOMR dans le DME. Veuillez noter que cette estimation vient d'hôpitaux qui ont fait l'intégration à partir de zéro. Les hôpitaux qui adopteront l'outil peuvent maintenant profiter des solutions déjà trouvées pour MEDITECH (5.6.7; MAGIC 5.67; Expanse 7.5.4), Epic, Cerner, ANZER, Soarian et QuadraMed.

### **Quand un patient a un HOMR positif, comment cette information est-elle transmise à l'équipe soignante? Comment l'équipe soignante utilise-t-elle l'information?**

Quand un patient a un HOMR positif, son équipe soignante en est informée dans le dossier médical électronique (DME). Cet avis n'est pas prescriptif, et la décision d'y réagir ou non est laissée à la discrétion de l'équipe soignante. En général, les avis sont pratiques et invitent l'équipe soignante : 1) à évaluer la présence de symptômes graves non contrôlés et le désir du patient de discuter de planification préalable des soins; et 2) à répondre aux besoins insatisfaits en soins palliatifs constatés avec les interventions

offertes par l'hôpital si nécessaire. Cela pourrait comprendre des discussions normalisées sur les objectifs des soins, une révision de la médication, le traitement de la douleur et d'autres symptômes, et une consultation en soins palliatifs.

### **L'implantation de l'outil HOMR n'ajoutera-t-elle pas du travail pour les cliniciens?**

Nous encourageons chaque hôpital à élaborer un plan d'implantation sur mesure. Un des objectifs du processus est de veiller à ce que l'outil HOMR soit intégré aux processus existants pour réduire au minimum le fardeau pour les prestataires de soins de santé. Les hôpitaux utilisent ou connaissent parfois déjà des outils d'évaluation des symptômes et du désir de planification préalable des soins avec les patients ayant un HOMR positif. Sinon, notre équipe recommande deux outils simples, courts et validés à cet effet : 1) la version révisée de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESSE-R) [10 questions sur une échelle de Likert] et l'Advance Care Planning Engagement Survey de quatre questions (4 questions à choix multiples).

Chez la plupart des populations de patients hospitalisés, quand le seuil de score d'HOMR est établi à 0,21, environ 10 % des admissions sont positives et font l'objet d'un avis à l'équipe soignante. Cependant, ce seuil peut être modifié selon le contexte de l'hôpital et du service pour gérer la charge de travail; une hausse du seuil rend l'outil plus spécifique et réduit le nombre d'alertes, tandis qu'une baisse du seuil rend l'outil plus sensible et accroît le volume d'alertes.

Bien que l'intégration de l'outil HOMR dans les processus existants et le choix minutieux du seuil de score puissent réduire les effets sur la charge de travail des cliniciens, il faut tout de même consacrer un peu de temps à l'administration des évaluations, de même qu'aux soins de suivi et aux discussions sur les objectifs des soins en résultant. Nous n'avons pas encore pu étudier les effets à long terme de l'implantation de l'outil HOMR (une étude est prévue quand plus

d'hôpitaux auront fait l'implantation), mais nous prévoyons que le temps investi en amont pour implanter l'outil mènera à des économies de temps en aval en plus d'améliorer les résultats pour les patients (ex. : réduction des visites au service d'urgence et des réadmissions). Les commentaires qualitatifs des cliniciens dans les hôpitaux qui ont implanté l'outil HOMR à ce jour indiquent que son utilisation pour améliorer la prise en charge des symptômes et susciter des discussions proactives sur la planification préalable des soins et les objectifs des soins a aidé à prévenir des situations de crise pour les patients, leur famille et les cliniciens en fin de vie.

### **L'outil HOMR prédit la mortalité, mais il est utilisé pour cerner les besoins en soins palliatifs. Est-ce que toutes les personnes dans leur dernière année de vie ont des besoins insatisfaits en soins palliatifs?**

Non, certains n'ont pas de besoins insatisfaits; toutefois, des recherches ont montré que plus de 90 % des patients ayant un score d'HOMR de 0,21 ou plus en ont, qu'il s'agisse de symptômes graves, d'un désir de discuter de planification préalable des soins, ou des deux.

### **L'outil HOMR cible les patients en soins de courte durée. Peut-il être utilisé dans d'autres milieux? Comment peut-il être relié aux soins primaires et communautaires?**

L'outil HOMR est seulement validé pour l'utilisation chez les adultes hospitalisés dans un milieu de soins non psychiatriques de courte durée. Cependant, le repérage des patients ayant un HOMR positif en soins de courte durée peut avoir des avantages pour le suivi en soins primaires et communautaires. Par exemple, le repérage des patients hospitalisés ayant des besoins insatisfaits en soins palliatifs peut entraîner une hausse des soins à domicile, ou des discussions sur les objectifs des soins qui réduiraient les visites inutiles au service d'urgence. Certains hôpitaux participants

ont adopté une approche plus directe pour la participation des soins de santé primaires : ainsi, un résumé de congé hospitalier est envoyé au prestataire de soins primaires des patients ayant un score positif, avec une page sur l'outil HOMR expliquant au prestataire ce qu'est l'outil et indiquant que le patient a un score positif, quelles évaluations et interventions ont été faites à l'hôpital et quel suivi est recommandé.

Il existe des outils semblables utilisant des données de santé administratives recueillies dans les milieux de soins communautaires et en établissement, comme le Risk Evaluation for Support : Predictions for Elder-life in the Community Tool (RESPECT) et RESPECT-Long-Term Care, respectivement.

### **Que pensent les patients et les familles de l'outil HOMR?**

Une étude à méthodes mixtes sur l'outil HOMR a demandé aux patients et aux familles ce qu'ils pensaient de l'acceptabilité de l'outil HOMR dans les hôpitaux. Cette étude pilote a démontré que les patients et les familles appuient l'approche HOMR. Bien des patients en particulier ont indiqué être en faveur de toute intervention qui augmentait le temps passé en personne avec le médecin traitant.

De plus, les hôpitaux participants ont mobilisé leur Conseil consultatif des patients et des familles tout au long du processus d'implantation; les patients et les familles étaient invariablement surpris d'apprendre qu'il n'y avait pas déjà des processus systématiques et normalisés en place pour l'évaluation des besoins en soins palliatifs et la planification préalable des soins. L'avis généralisé chez les patients et les familles était « pourquoi est-ce que ce n'est pas déjà fait? ».

## **Pourquoi ne demande-t-on pas le consentement des patients avant de calculer leur score d'HOMR et d'aviser leur équipe soignante du résultat?**

Chaque patient admis dans un service hospitalier utilisant l'outil HOMR sera automatiquement évalué par l'application HOMR qui est intégrée dans le système de DSE. Si un patient est signalé comme ayant un HOMR positif et donc un risque accru de mortalité et probablement des besoins insatisfaits en soins palliatifs, l'équipe soignante du patient sera invitée à faire une évaluation des besoins en soins palliatifs au moyen des outils acceptés comme norme de soins et, selon les résultats, à utiliser son jugement clinique pour fournir au patient les interventions palliatives correspondant aux pratiques exemplaires habituelles (déprescription, consultation en soins palliatifs, discussions sur les objectifs des soins, etc.). Ainsi, l'outil HOMR en soi est simplement un outil de dépistage qui sert à orienter et à optimiser la reconnaissance précoce des besoins en soins palliatifs et les pratiques de soins dans le cadre d'une initiative d'amélioration de la qualité. Le score HOMR n'est pas communiqué à l'équipe soignante ni au patient, et l'information utilisée pour le générer est recueillie dans les évaluations d'admission ordinaires.

## 2. Score de risque de mortalité à un an chez les patients hospitalisés : Sondage sur la pérennité après 6 et 12 mois

Merci de répondre à ce sondage. Nous vous remercions pour votre temps et votre participation. Les réponses au sondage seront présentées de manière globale pour en assurer la confidentialité. Si vous avez des questions, veuillez écrire à [courriel].

### 1. À propos de vous : Dans quel hôpital ou établissement travaillez-vous?

### 2. Pérennité de la mise en œuvre

Les questions suivantes visent à vérifier dans quelle mesure les pratiques mises en œuvre dans le cadre de votre initiative d'amélioration de la qualité sont toujours utilisées au sein de votre organisation. Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en cochant les cases ci-dessous.

Depuis la fin de l'initiative d'amélioration de la qualité dans mon organisation...	1 Pas du tout d'accord	2 Plutôt en désaccord	3 Neutre	4 Plutôt d'accord	5 Tout à fait d'accord	Je ne sais pas / Ne s'applique pas
Les pratiques novatrices ou exemplaires qui ont été intégrées dans le cadre de notre initiative d'amélioration de la qualité sont maintenant considérées comme des pratiques courantes.						
Le personnel continue d'utiliser les connaissances et les compétences acquises durant l'implantation de l'initiative d'amélioration de la qualité.						
Nous continuons d'évaluer régulièrement notre performance dans le cadre de l'initiative d'amélioration de la qualité (ex. : tous les trois mois).						

### 3. Pérennité des améliorations

3.1 Les questions suivantes visent à comprendre dans quelle mesure votre organisme continue de constater ou de maintenir les gains, les avantages ou les résultats des améliorations réalisées grâce à la mise en œuvre de votre initiative d'amélioration de la qualité. Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en cochant les cases ci-dessous.

Cette initiative d'amélioration de la qualité continue...	1 Pas du tout d'accord	2 Plutôt en désaccord	3 Neutre	4 Plutôt d'accord	5 Tout à fait d'accord	Je ne sais pas / Ne s'applique pas
D'améliorer l'expérience de soins du patient (ex. : selon les résultats des sondages auprès des patients).						
D'améliorer la qualité de vie des patients (ex. : selon les autoévaluations des patients et des familles, ou les observations de l'équipe).						
D'optimiser l'utilisation des ressources (ex. : selon les données administratives, les données sur les coûts, les évaluations économiques et les analyses de rendement des investissements).						
D'améliorer la vie professionnelle des prestataires de soins de santé (ex. : selon les résultats des sondages auprès des prestataires de soins de santé).						

3.2 Quels sont les principaux facteurs qui ont contribué à la pérennité de votre initiative d'amélioration de la qualité?

3.3 Si votre initiative d'amélioration de la qualité n'a pas été maintenue, quels ont été les principaux obstacles que vous avez rencontrés?

Veillez décrire ce qui a été fait pour favoriser la pérennité de votre initiative d'amélioration :

#### **4. Autres commentaires**

Avez-vous d'autres commentaires ou récits à transmettre sur les efforts de pérennisation de votre équipe?

### 3. Outil de réussite à long terme

L'outil de réussite à long terme (ORLT) sert à déterminer les risques et les forces liés aux 12 facteurs qui affectent la réussite à long terme d'une initiative d'amélioration de la qualité (AQ)<sup>1</sup>. En équipe, discutez, évaluez et déterminez les commentaires et les actions pour les 12 facteurs de l'ORLT. Chaque évaluation doit refléter l'impression générale de votre équipe sur l'état actuel de l'AQ.

1

Engagement à l'amélioration : Mon équipe comprend l'objectif de l'initiative de l'AQ et croit que ce travail favorisera l'amélioration des processus et des résultats.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Vous sentez-vous engagé dans l'initiative d'AQ? Comprenez-vous l'objectif de l'AQ?
- Croyez-vous que l'initiative d'AQ améliorera les processus et les résultats?
- Croyez-vous à l'engagement de l'équipe dans son ensemble?
- Un objectif commun a-t-il été fixé pour votre initiative d'AQ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

2a

Participation : J'ai l'occasion de m'impliquer dans l'initiative d'AQ et j'ai un sentiment d'appartenance envers ce travail. Je peux exprimer mes idées librement et celles-ci sont examinées ouvertement par l'équipe.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Vous sentez-vous personnellement engagé dans l'initiative d'AQ?
- Avez-vous l'occasion d'exprimer vos idées et de proposer des changements nécessaires à l'initiative d'AQ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

2b

Participation : Les gens participent grandement à l'initiative d'AQ y compris les patients et les membres du public qui en bénéficient régulièrement.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Pensez-vous que l'initiative d'AQ a fait participer les personnes voulues? Sinon, comment améliorer ce point?
- Votre initiative d'AQ fait-elle participer les patients affectés par l'amélioration? Le personnel qui apportera l'amélioration dans le cadre de la pratique au quotidien participe-t-il à l'initiative d'AQ?
- L'équipe possède-t-elle une bonne répartition d'opinions, de compétences et d'expertises?
- Existe-t-il des groupes de personnes qui devraient participer?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

3

Compétences et aptitudes : Le personnel possède les compétences nécessaires pour apporter une amélioration. Les possibilités de formation et de perfectionnement sont mises à la disposition du personnel, des bénévoles et autres personnes concernées.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Vous sentez-vous apte à remplir votre rôle dans le cadre de l'initiative d'AQ?
- Est-ce que vous, ou votre personnel participant, avez besoin de formation ou d'études supplémentaires pour apporter une amélioration efficacement? Quelles sont les mesures à prendre pour répondre à ces besoins?
- Le nouveau personnel est-il informé de l'initiative d'AQ et de leur rôle à cet égard?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

4

Direction : Mon initiative d'AQ est menée par des chefs de file et/ou des champions solidaires et respectés qui préconisent l'amélioration, communiquent la vision et gèrent efficacement le processus.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Les dirigeants participent-ils activement à l'initiative d'AQ et sont-ils aptes à obtenir l'appui et l'enthousiasme pour ce travail?
- Les dirigeants sont-ils disponibles pour aider à résoudre les problèmes?
- Comment croyez-vous que la direction puisse être renforcée?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

5

Fonctionnement de l'équipe : Mon équipe d'AQ fonctionne bien. Les responsabilités des personnes sont claires et le travail est partagé au sein de l'équipe et non pas mené par des individus en particulier.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Que pensez-vous de la performance du travail de votre équipe d'initiative d'AQ?
- Est-ce que l'équipe d'initiative d'AQ se réunit et communique régulièrement?
- Les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe d'initiative d'AQ ont-ils été clairement établis?
- Selon vous, les membres de l'équipe exercent-ils efficacement ces rôles et ces responsabilités?
- Les compétences et l'expertise des membres de l'équipe sont-elles prises en considération et utilisées?
- Que faut-il faire selon vous pour améliorer le fonctionnement de l'équipe?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

6

Ressources en place : L'initiative d'AQ bénéficie d'un soutien financier qui favorisera une réussite à long terme. Nous avons le personnel, le matériel et l'équipement nécessaire. Je dispose de suffisamment de temps pour me consacrer à l'amélioration.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Les ressources déployées (p. ex. personnel et outils) sont-elles suffisantes pour appuyer l'initiative d'AQ? Que manque-t-il?
- Croyez-vous que le soutien financier offert permettra à l'initiative d'AQ d'atteindre les objectifs et de faire partie intégrante de la pratique normale à long terme?
- Le personnel dispose-t-il de suffisamment de temps pour l'amélioration?
- L'équipe discute-t-elle régulièrement des ressources nécessaires?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

7

Suivi des progrès pour les rétroactions et l'apprentissage : Un système de suivi est en place pour permettre à l'équipe de collecter, gérer et examiner les données régulièrement. Les rétroactions sur l'initiative d'AQ sont partagées avec moi.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- L'équipe a-t-elle défini les mesures pour permettre un suivi continu de l'initiative d'AQ?
- Croyez-vous que les mesures établies peuvent évaluer l'effet de l'amélioration?
- Ces mesures sont-elles évaluées régulièrement?
- Si les mesures révèlent une absence de progrès, les causes sont-elles examinées pour apporter une modification?
- Les membres de l'équipe et le personnel de l'AQ sont-ils informés régulièrement sur ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

8

Données probantes des avantages : Des données probantes existent quant aux avantages liés à l'initiative d'AQ, et celles-ci sont visibles et communiquées régulièrement au personnel et aux patients.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Les données probantes de votre initiative d'AQ indiquent-elles l'effet sur le bien-être à la fois physique et mental des patients?
- Existe-t-il des données probantes indiquant que l'initiative d'AQ produit l'effet escompté sur les patients?
- Les données probantes sur l'effet de l'initiative d'AQ sont-elles partagées régulièrement avec les personnel, les patients et autres?
- Si les données probantes révèlent une absence de progrès, l'équipe en explore-t-elle les raisons?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

9

Processus robustes et adaptables : L'initiative d'AQ peut être adaptée pour répondre aux besoins et aux réalités locales, et pour tenir compte des données probantes émergentes. Les adaptations sont documentées, et les réussites et les échecs liés aux changements sont rapportés.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Le bon fonctionnement de l'initiative d'AQ est-il examiné régulièrement?
- Dans quelle mesure l'initiative d'AQ s'insère-t-elle dans les pratiques courantes?
- Le personnel et les membres de l'équipe doivent-ils adapter leur façon de mettre en œuvre l'amélioration pour répondre aux difficultés ou aux nouveaux besoins en matière de soins de santé?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

10

Harmonisation avec la culture et les priorités organisationnelles : L'amélioration que tente d'accomplir mon initiative d'AQ est harmonisée avec les objectifs et les priorités stratégiques de l'organisme ou des organismes pour lesquelles nous travaillons, et notre travail contribue à la réalisation de ces objectifs. Notre travail est appuyé par les politiques et les procédures de l'organisme.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Vos objectifs d'AQ sont-ils en harmonie avec les priorités organisationnelles? Sinon, comment améliorer cette harmonie?
- Dans quelle mesure le travail de l'initiative d'AQ est-il bien intégré dans les opérations quotidiennes de l'organisme?
- L'initiative d'AQ est-elle en conflit avec tout autre changement en cours dans l'organisme?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

11

Soutien à l'amélioration : Mon organisme affiche les valeurs et les principes qui insistent sur le besoin d'amélioration. Le personnel et la direction appuient les initiatives d'amélioration, et l'amélioration continue est une priorité pour l'organisme, le personnel et les patients.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Croyez-vous que l'amélioration continue est une priorité à l'intérieur de votre organisme?
- Le personnel et les cadres sont-ils réceptifs aux initiatives d'amélioration?
- Vos dirigeants vous incitent-ils à participer aux initiatives d'amélioration?
- Les hauts dirigeants participent-ils activement à l'amélioration des initiatives d'AQ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

Harmonisation avec l'environnement politique et financier : Mon initiative d'AQ est intégrée à un environnement politique et économique favorable. Mon équipe est consciente des pressions et des incitations externes qui peuvent influencer l'initiative d'AQ.

Questions de réflexion supplémentaires pour guider vos réponses :

- Votre équipe a-t-elle tenu compte de l'impact exercé par l'environnement externe sur l'initiative d'AQ? Par exemple, existe-t-il des pressions économiques ou des développements politiques qui pourraient affecter l'initiative d'AQ?
- Existe-t-il un appui politique pour la mise en œuvre de votre initiative d'AQ?
- Votre initiative d'AQ contribue-t-elle à aborder les préoccupations ou les objectifs politiques et économiques externes?
- Existe-t-il des plans pour réduire les risques liés à l'environnement externe?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Sans opinions

Ne sait pas

Commentaires et actions :

# Planification de la réussite à long terme en utilisant l'outil de réussite à long terme

Une fois votre outil de réussite à long terme (ORLT) complété, utilisez-le avec votre équipe d'amélioration de la qualité (AQ) pour appuyer la planification de la réussite à long terme.

1a

Quels sont les deux facteurs de l'ORLT qui représentent vos plus grands atouts, à savoir les facteurs qui pour vous et votre équipe sont les plus susceptibles de contribuer à la réussite à long terme de l'initiative d'AQ?

Facteur de réussite 1 :

Facteur de réussite 2 :

1b

Pour chacun des deux facteurs de réussite les plus importants relevés dans la question 1 (a) : Quels sont vos objectifs pour maximiser ces atouts, à long terme, pour que ces facteurs continuent à appuyer la réussite à long terme de l'initiative d'AQ?

Objectif pour la réussite — Facteur 1 :

Objectif pour la réussite — Facteur 2 :

1c

Créez un plan d'action pour réaliser le ou les objectifs mentionnés dans 1 (b). Votre plan d'action doit contenir les éléments énumérés dans le tableau ci-dessous — utilisez des pages supplémentaires ou votre ordinateur pour écrire un plan d'action détaillé.

Action	Qui est responsable?	Échéance	Complété

**1d**

Créez un plan d'évaluation pour déterminer comment votre équipe évaluera la réussite de ou des objectifs mentionnés dans 1(b). Votre plan de mesure doit contenir les éléments énumérés dans le tableau ci-dessous — utilisez des pages supplémentaires ou votre ordinateur pour écrire un plan d'évaluation détaillé.

Quelles données seront-elles recueillies?	Comment? (p. ex., liste de contrôle, audit des dossiers)	Qui?	Quand? (soyez précis)	Où?

**2a**

Quels sont les deux facteurs de l'ORLT qui représentent vos plus grands risques, à savoir les facteurs qui pour vous et votre équipe sont les plus susceptibles d'entraver la réussite à long terme de l'initiative d'AQ?

Facteur de risque 1 :

Facteur de risque 2 :

**2b**

Quel est votre ou vos objectifs pour minimiser ces risques, à long terme, pour que ces facteurs n'entravent pas la réussite à long terme de l'initiative d'AQ?

Objectif pour le facteur de risque 1 :

Objectif pour le facteur de risque 2 :

**2c**

Créez un plan d'action pour réaliser le ou les objectifs mentionnés dans 2 (b). Votre plan d'action doit contenir les éléments énumérés dans le tableau ci-dessous — utilisez des pages supplémentaires ou votre ordinateur pour écrire un plan d'action détaillé.

Action	Qui est responsable?	Échéance	Complété

**2d**

Créez un plan d'évaluation pour déterminer comment votre équipe évaluera le succès de ou des objectifs mentionnés dans 2 (b). Votre plan d'évaluation doit contenir les éléments énumérés dans le tableau ci-dessous — utilisez des pages supplémentaires ou votre ordinateur pour écrire un plan d'action détaillé.

Quelles données seront-elles recueillies?	Comment? (p. ex., liste de contrôle, audit des dossiers)	Qui?	Quand? (soyez précis)	Où?

ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

# Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Palliative Care, 4 septembre 2018. Sur Internet : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. Qureshi, D., et coll. « Early initiation of palliative care is associated with reduced late-life acute-hospital use: A population-based retrospective cohort study », *Palliative Medicine*, vol. 33, no 2, 2018, p. 150-159.
3. Réseau ontarien des soins palliatifs. Outils d'aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs, sans date. Sur Internet : <https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/fr/ressources/outils-de-aide-a-la-determination-precoce>.
4. van Walraven, C., et coll. « External validation of the Hospital-patient One-year Mortality Risk (HOMR) model for predicting death within 1 year after hospital admission », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 187, no 10, 2015, p. 725.
5. Seow, H., et coll. « Access to palliative care by disease trajectory: a population-based cohort of Ontario decedents », *BMJ Open*, vol. 8, no 4, 2018, p. e021147.
6. Wegier, P., et coll. « mHOMR: a feasibility study of an automated system for identifying inpatients having an elevated risk of 1-year mortality », *BMJ Qual Saf*, vol. 28, no 12, 2019, p. 971-979.
7. Saunders, S., J. Downar, S. Subramaniam et coll. « mHOMR: the acceptability of an automated mortality prediction model for timely identification of patients for palliative care », *BMJ Qual Saf*, vol. 30, 2021.
8. Wegier, P., A. Kurahashi, S. Saunders, B. Lokuge, L. Steinberg, J. Myers, E. Koo, C. van Walraven et J. Downar. « mHOMR: a prospective observational study of an automated mortality prediction model to identify patients with unmet palliative needs », *BMJ Support Palliat Care*, mai 2021.
9. van Walraven, C., et A. J. Forster, « The HOMR-Now! Model Accurately Predicts 1-Year Death Risk for Hospitalized Patients on Admission », *Am J Med*, vol. 130, no 8, 2017, p. 991.e9-991.e16.
10. Watanabe, S. M., et coll. « A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients », *J Pain Symptom Manage*, vol. 41, no 2, 2011, p. 456-468.
11. Sudore, R. L., et coll. « Measuring Advance Care Planning: Optimizing the Advance Care Planning Engagement Survey », *J Pain Symptom Manage*, vol. 53, no 4, 2017, p. 669-681.e8.
12. Lennox, L., et coll. « What makes a sustainability tool valuable, practical and useful in real-world healthcare practice? A mixed-methods study on the development of the Long Term Success Tool in Northwest London », *BMJ Open*, vol. 7, no 9, 2017, p. e014417.
13. Silver, S. A., et coll., « How to Begin a Quality Improvement Project », *Clinical journal of the American Society of Nephrology (CJASN)*, vol. 11, no 5, 2016, p. 893-900.
14. Institute for Healthcare Improvement. Science of Improvement. Consulté le 16 décembre 2021. Sur Internet : <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>.
15. Réseau ontarien des soins palliatifs. Trousse à outils pour les soins palliatifs. Consulté le 17 décembre 2021. Sur Internet : <https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/fr/ressources/trousse-outils-pour-les-soins-palliatifs>.