

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité stratégique de la recherche et de la formation	Date et heure :	Le lundi 25 novembre 2019 à 10 heures
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Zone 1B : CHUDGLD - Salle du conseil, local 2026 Zone 6 : Siège social – Réseau de santé Vitalité
Présidente :	Pauline Bourque		
Secrétaire :	Manon Frenette		

PARTICIPANTS**INVITÉS**

<input type="checkbox"/> Pauline Bourque	<input type="checkbox"/> Dre France Desrosiers	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jean-Marie Nadeau	<input type="checkbox"/> Michelyne Paulin	
<input type="checkbox"/> Gabriel Godin	<input type="checkbox"/> Gilles Lanteigne	
<input type="checkbox"/> Denis Pelletier	<input type="checkbox"/> Brigitte Sonier-Ferguson	
<input type="checkbox"/> Dr Michel H. Landry		

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
10 h	1. Ouverture de la réunion et déclaration de conflit d'intérêt		Décision
10 h 02	2. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
10 h 03	3. Adoption du procès-verbal du 16 septembre 2019	2 - 4	Décision
10 h 04	4. Suivis de la réunion du 16 septembre 2019 :		
10 h 05	4.1 Supervision des projets de recherche (note d'information et bilan)	5 - 7	
10 h 10	4.2 Supervision du plan opérationnel (note d'information et plan)	8 - 13	
10 h 15	4.3 Unités cliniques apprenantes – sommaire de la cartographie de la mise en œuvre des UCA (note d'information, plan, tableau sommaire et cartographie)	14 - 25	Information
10 h 20	4.4 Financement – Healthy Seniors Project (note d'information)	26 - 78	
10 h 20	4.5 Plan de communication – mise à jour (note d'information et vidéoclip)	79 - 80	
10 h 25	4.6 Rapport sur les activités de formation - point permanent (aucun rapport soumis)		
10 h 30	5. Affaires nouvelles		
10 h 31	5.1 Révision des ententes relatives à la formation médicale (rapport verbal)		
10 h 36	5.2 Proposition de la présidente – Préparation de la réunion pour la séance de planification stratégique (note d'information)	81	Information
10 h 48	6. Autres		
10 h 50	7. Date de la prochaine réunion : le lundi 23 mars 2020 à 10 heures		Information
10 h 50	8. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité stratégique de la recherche et de la formation	Date et heure :	Le lundi 16 septembre 2019 à 10 heures		
		Endroit :	Vidéoconférence		
But de la réunion :	Réunion régulière	CHUDGLD :	Pauline Bourque, Jean-Marie Nadeau, Brigitte Sonier-Ferguson, Michelyne Paulin Dr Michel H. Landry		
Présidente :	Pauline Bourque	Siège social :	Gilles Lanteigne, Dre France Desrosiers, Gabriel Godin		
Secrétaire :	Manon Frenette	Par jabber :	Denis Pelletier		
Participants					
Pauline Bourque	√	Denis Pelletier	√	Gilles Lanteigne	√
Jean-Marie Nadeau	√	Dr Michel H. Landry	√	Brigitte Sonier Ferguson	√
Gabriel Godin	√	Michelyne Paulin	√	Dre France Desrosiers	√
PROCÈS-VERBAL					
1. Ouverture de la séance, déclaration de conflit d'intérêts					
La présidente ouvre la séance à 10 heures et souhaite la bienvenue à tous. Aucun conflit d'intérêt n'est signalé.					
2. Adoption de l'ordre du jour					
L'ordre du jour est adopté avec l'ajout du point <u>6.1 Résultats de recherche</u> apporté par Jean-Marie Nadeau.					
<u>MOTION 2019/09/16-01-CSRF</u>					
Proposé par Jean-Marie Nadeau					
Appuyé par Denis Pelletier					
Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté					
ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ					
3. Adoption du procès-verbal du 21 mai 2019					
Le procès-verbal de la réunion du 21 mai 2019 est adopté tel que circulé.					
<u>MOTION 2019/09/16-02-CSRF</u>					
Proposé par Gabriel Godin					
Appuyé par Jean-Marie Nadeau					
Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 21 mai 2019 soit adopté tel que circulé					
ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ					
4. Suivis de la réunion du 21 mai 2019					
4.1 <u>Supervision des projets de recherche</u>					
On présente le bilan des activités de recherche en date du 30 août 2019. Les projets de recherche clinique internes, c'est-à-dire les projets menés par des chercheurs de Vitalité, les projets d'évaluation en santé, les demandes de revues de la littérature scientifique et de préparation de plan d'affaires sont présentés avec une brève description pour donner une meilleure idée des thématiques des projets en cours. Les essais cliniques commandités sont présentés sous forme de tableaux et graphiques qui décrivent les secteurs cliniques impliqués.					

On demande s'il y a des projets qui sont terminés. On répond qu'il y a des projets qui se sont terminés et qui sont présentement soit en mode analyse de résultat ou en processus de publication, etc. On demande si cette information pourrait être ajoutée au bilan des projets de recherche. On répond oui et que dorénavant pour chaque rencontre, un document sera annexé au bilan qui décrira le nombre à jour d'études fermées et le nombre de publications. Cette discussion traite le point 6.1.

4.2 Supervision du plan opérationnel

On présente, pour information, la mise à jour du plan opérationnel pour le développement de la mission universitaire 2018-2020, laquelle démontre les actions complétées et les progrès accomplis. Les mises à jour importantes ou les modifications apportées aux échéanciers sont indiquées en jaune dans le plan.

4.3 Unités cliniques apprenantes

On présente une mise à jour du plan de déploiement des unités cliniques apprenantes ainsi que les trois premières unités qui seront lancées et les initiatives qui s'y rattachent. Ce dossier avance bien; d'ici Noël deux journées de formation auront eu lieu pour les unités cliniques apprenantes, on devrait avoir rassemblé nos premiers comités directeurs et statué sur les principaux écarts à adresser à l'intérieur de chaque unité dans le but d'être en mesure de proposer de débiter la mise en œuvre de solutions pour diminuer les écarts d'ici l'été 2020.

À titre d'information, le volet « santé des aînés » a vraiment pris un élan et sera probablement une des premières unités cliniques apprenantes à être développée. Une demande de financement auprès des projets pilotes provinciaux pour les aînés « *Healthy Seniors Pilot Project* » a été finalisée et soumise le 31 août dernier suite à un appel d'offre pour les projets gouvernementaux. L'obtention de ce financement pourrait permettre de couvrir les activités de recherche et d'évaluation associées à la mise en œuvre d'une unité.

4.4 Plan de communication - mise à jour sur les capsules vidéo

Un premier jet d'une deuxième capsule spécifique à l'engagement des patients est en cours. On voudrait pouvoir lancer cette capsule d'information à l'automne.

4.5 Rapport sur les activités de formation

Puisque l'année fiscale du secteur de la formation médicale n'est pas la même que celle du secteur recherche, on veut s'ajuster sur un format de rapport à présenter au comité avec des données concordantes; dans l'intervalle, Dr Landry donne un rapport verbal sur les activités de formation. En résumé, nous avons actuellement 68.15 ETP apprenants en médecine dans le réseau en tout temps (étudiants à temps plein qui font des stages en pré-doctorat, en médecine spécialisée ou médecine de famille), ce qui représente 886 mois de stage. Le rapport qui sera présenté à partir de la prochaine réunion comprendra également le nombre des autres stagiaires en ETP pour donner un meilleur sens de l'équivalent de stagiaires qu'il y a dans l'organisation.

Autres points d'information :

- Le programme de psychiatrie a débuté le 1^{er} juillet (une résidente du N.-B. et un résident du Québec). Un appel d'offre a été fait pour ajouter des infrastructures (manque d'espace physique pour des ateliers) d'ici à ce qu'ils puissent être au département de psychiatrie (année prochaine).
- 27 nouveaux étudiants ont débuté au Programme de médecine ce mois de septembre.
- Visite d'agrément au Programme de formation médicale en mai dernier. Réception du rapport préliminaire (7 drapeaux jaunes et aucun drapeau rouge).

5. Affaires nouvelles

Aucune affaire nouvelle à traiter.

6. Autres**6.1 Résultats de recherche**

Ce point a été traité au point 4.1.

7. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le mardi 25 novembre 2019.

8. Levée de la séance

La séance est levée à 11 heures sur une proposition de Jean-Marie Nadeau.

Pauline Bourque
Présidente
Comité stratégique de la recherche et de la formation

Dre France Desrosiers
Vice-présidente
Services médicaux, Formation et Recherche

Note d'information – Bilan des activités de recherche en cours

Titre du comité : Comité stratégique de la recherche et de la formation
Date : 2019-11-18

Décision recherchée

- Aucune décision recherchée

Contexte / Problématique

- Nous vous présentons le Bilan des activités de recherche en date du 18 novembre 2019. Les essais cliniques commandités sont présentés sous forme de tableaux et graphiques qui décrivent les secteurs cliniques impliqués. La présentation des projets de recherche clinique internes (c'est-à-dire, les projets menés par des chercheurs de Vitalité), les projets d'évaluation en santé, les demandes de revues de la littérature scientifique et de préparation de plan d'affaires sont présentés dans un nouveau format similaire aux essais cliniques.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Sans objet

Considérations importantes

- Sans objet

Suivi à la décision

- Sans objet

Proposition et résolution

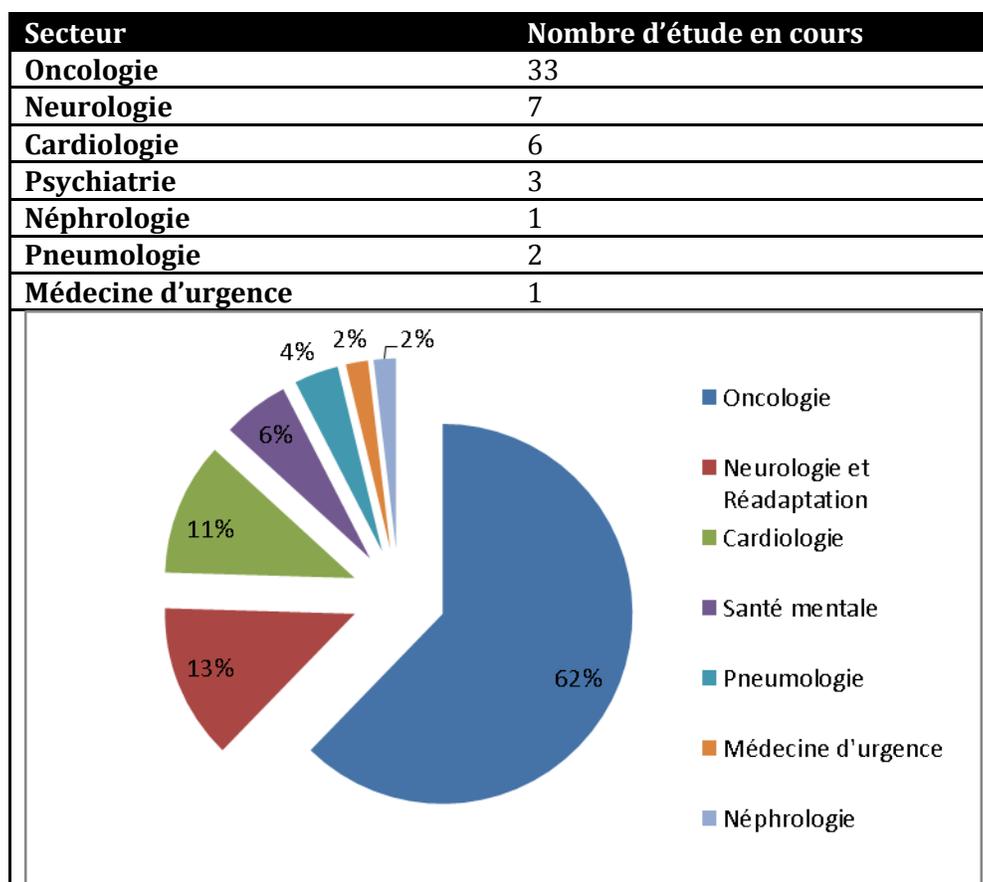
- Aucune résolution requise

Soumis le 2019-11-18 par Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation

BILAN DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE EN COURS

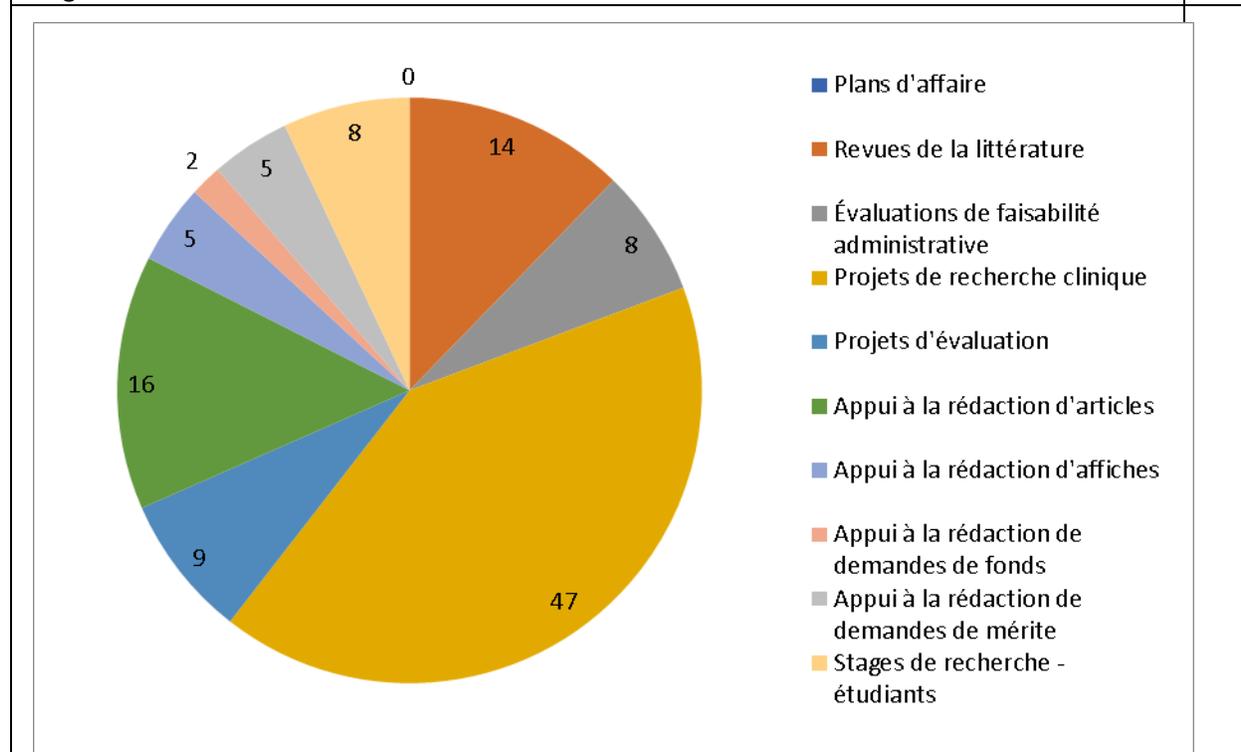
18 novembre 2019

Essais cliniques commandités :



Autres activités de recherche:

Plans d'affaire	0
Revue de la littérature	14
Évaluations de faisabilité administrative	8
Projets de recherche clinique	47
Projets d'évaluation	9
Appui à la rédaction d'articles	16
Appui à la rédaction d'affiches	5
Appui à la rédaction de demandes de fonds	2
Appui à la rédaction de demandes de mérite	5
Stages de recherche - étudiants	8



Note d'information – Plan opérationnel pour le développement de la mission universitaire 2018-2020

Titre du comité : Comité stratégique de la recherche et de la formation
Date : 2019-11-18

Décision recherchée

- Aucune décision recherchée

Contexte / Problématique

- Une mise à jour du plan opérationnel pour le développement de la mission universitaire 2018-2020 est soumis au Comité pour information.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Sans objet

Considérations importantes

- Sans objet

Suivi à la décision

- L'évolution du plan opérationnel sera présentée à chaque réunion du comité, afin de faire une mise à jour des actions complétés et les progrès accomplis.

Proposition et résolution

- Aucune résolution requise.

Soumis le 2019-11-18 par Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation

V.-P. / Directeur: Brigitte S-Ferguson - Plan opérationnel 2019-2020

Grand dossier	No de réf.	Charte avec Bureau de projets	Résultat stratégique	Objectif/Livrable	Jalon/Activité principale (optionnel)	Échéance AAAA-MM-JJ	VP Collaborateur	Maître d'œuvre	État d'avancement		Commentaires
									Mesure du progrès par objectif/livrable	Avec charte (% ligne 7)	
Plan stratégique	4aa3		La capacité organisationnelle pour appuyer et maintenir l'amélioration des services sera davantage développée	Des unités de cliniques apprenantes seront créées.				Brigitte S-Ferguson	✓		
Plan stratégique	5ab1		Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du CHU et des CHAU seront obtenues	Une entente de principe sera signée avec les ministères de la Santé et de l'Éducation				Brigitte S-Ferguson	✓		
Plan stratégique	5ac1		Le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick sera établi	L'entente de partenariat pour le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick sera élaborée et signée				Brigitte S-Ferguson	✓		
Plan stratégique	5ae1		Les activités de recherche seront doublées	98 essais cliniques seront effectués annuellement à compter de 2019-2020				Brigitte S-Ferguson	✓		
Plan opérationnel pour le développement de la mission universitaire 2018-2020											
			Intégrer la mission universitaire dans l'identité organisationnelle du Réseau de santé Vitalité: Devenir une organisation apprenante	Assurer une direction solide de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité	Action 1: Intégrer le responsable de formation médicale dans la structure organisationnelle du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche du Réseau de santé Vitalité	31/01/2018	Dre France Desrosiers	Dre France Desrosiers	☑		
					Action 2: Former l'équipe-conseil de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité	31/01/2018	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	☑		
					Action 3: Modifier les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité afin que le Comité stratégique de la recherche et de la formation devienne un comité permanent du conseil	30/09/2018	Dre France Desrosiers	Dre France Desrosiers	☑		

Grand dossier	No de réf.	Charte avec Bureau de projets	Résultat stratégique	Objectif/Livrable	Jalon/Activité principale (optionnel)	Échéance AAAA-MM-JJ	VP Collaborateur	Maître d'œuvre	État d'avancement		Commentaires
									Mesure du progrès par objectif/livrable	Avec charte (% ligne 7)	
				Favoriser la mise en place de services de soins de santé innovateurs et intégrés, qui incorpore les activités d'enseignement, la recherche, l'évaluation et l'application des connaissances au Réseau de santé Vitalité	Action 1: Créer les Unités cliniques apprenantes régionales	28/02/2019	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		Nous présentons les premières UCA au comité du CA. Nous présentons également une mise à jour du plan de déploiement.
					Action 1.1: Former le Comité de Direction Scientifique	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		Plusieurs éléments doivent être en place pour former ce comité de direction : 1) Opérationnalisation des UCA 2) Entente avec l'IARC – Rôle de direction scientifique
					Action 1.2: Déposer une proposition conjointe (Vitalité/Horizon) au Ministère de la santé pour la création des Réseau cliniques apprenants provinciaux	25/05/2018	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
					Action 2: Établir et prioriser les objectifs stratégiques et de développement des unités cliniques apprenantes	31/03/2019	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
					Action 3: Préconiser une culture de mesure des résultats et de développement des unités cliniques Apprenantes	28/02/2019	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		

Plan opérationnel 2019-2020

Grand dossier	No de réf.	Charte avec Bureau de projets	Résultat stratégique	Objectif/Livrable	Jalon/Activité principale (optionnel)	Échéance AAAA-MM-JJ	VP Collaborateur	Maître d'œuvre	État d'avancement		Commentaires
									Mesure du progrès par objectif/livrable	Avec charte (% ligne 7)	
					Action 4: Assurer la mise en œuvre du programme de formation postdoctoral en psychiatrie avec le Programme de formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick	31/07/2019	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
					Proposer un plan d'affaire pour le financement de la structure opérationnelle de la recherche au Réseau de santé Vitalité	Juillet 2017	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Communiquer les objectifs de la mission universitaire au sein de l'organisation et de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité	Action 1: Élaborer et déployer un plan de Communication	30/06/2018	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
					Action 1.1: Actualiser le site web et le Boulevard pour assurer le rayonnement de la mission universitaire	31/01/2019	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
					Action 1.2: Assurer la publication de bilans d'activités annuels	31/03/2019	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Assurer la viabilité et la pérennité de la mission universitaire (en lien avec l'orientation stratégique 5 du Plan stratégique 2017-2020)	Établir une formule de financement du Réseau de santé Vitalité qui reflète les coûts associés à sa mission universitaire	Action1: Déterminer les coûts opérationnels associés à la mission Universitaire	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input type="checkbox"/>		Nous adoptons une nouvelle stratégie pour rechercher le financement de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité via des budgets d'opérations pour les unités cliniques apprenantes et le nouveau plan directeur pour le CHU Dumont.
					Action 2: Établir une entente de principe avec le Ministère de la santé en fonction du financement de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Dre France Desrosiers	<input type="checkbox"/>		
				Développer des plans de financement académiques (PFA) pour la rémunération des médecins membres des unités cliniques apprenantes	Action 1: Procéder à une évaluation des effectifs médicaux actuels afin d'assurer une adéquation des ressources pour assumer la mission universitaire	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	<input type="checkbox"/>		Le ministère de la santé n'est pas ouvert à la création de PFA pour l'instant. Nous sommes à identifier d'autres modalités pour reconnaître le temps des médecins participant

Grand dossier	No de réf.	Charte avec Bureau de projets	Résultat stratégique	Objectif/Livrable	Jalon/Activité principale (optionnel)	Échéance AAAA-MM-JJ	VP Collaborateur	Maître d'œuvre	État d'avancement		Commentaires
									Mesure du progrès par objectif/livrable	Avec charte (% ligne 7)	
			Proposer le Réseau universitaire des sciences de la santé francophone du Nouveau-Brunswick (RUSSFNB)	Objectif 3.1: Établir un modèle de gouvernance affiliatif entre les membres du RUSSFNB	Action 1: Proposer et adopter une structure de gouvernance pour le RUSSFNB	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	✓		Une prochaine rencontre est planifiée en novembre afin de prendre une position finale par rapport à notre proposition.
					Action 2: Établir le Comité de gouvernance du RUSSFNB	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	✓		La date d'échéance de cet activité a été repoussée en fonction de l'action 1 ci-dessus.
					Action 2.1: Établir le comité de direction de l'enseignement médical	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	✓		La date d'échéance de cet activité a été repoussée en fonction de l'action 1 ci-dessus.
					Action 3: Définir la mission, la vision et les valeurs du RUSSFNB et procéder à la planification stratégique	31/30/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	✓		La date d'échéance de cet activité a été repoussée en fonction de l'action 1 ci-dessus.
				Objectif 3.2: Mettre en place des structures inter-organisationnelles et des mécanismes officiels à l'appui du plan stratégiques intégré du RUSSFNB	Action 1: Élaborer des politiques et procédures pour la gestion de ressources communes	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	✓		Ce dossier à beaucoup progresser au courant de l'été avec un stagiaire étudiant. <ul style="list-style-type: none"> • Révision des politiques existante et arrimage avec les politiques de Vitalité • Évaluation des politiques nécessaires • Plan de travail pour la rédaction du cadre réglementaire
					Action 1.1: Rédiger le Cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité, qui sera adopté par le RUSSFNB	31/03/2020	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	✓		La date d'échéance de cet activité a été repoussée en fonction de l'action 1 ci-dessus.
					Action 2: Assurer la création d'infrastructure physique et faciliteront le partage de ressources et de matériels (Centre de médecine de précision du N.-B.)	30/09/2018	Dre France Desrosiers	Brigitte Sonier-Ferguson	☑		

Note d'information – Plan de mise en œuvre des Unités cliniques apprenantes

Titre du comité : Comité stratégique de la recherche et de la formation
Date : 2019-11-18

Décision recherchée

- Aucune décision recherchée

Contexte / Problématique

- Nous vous présentons une mise à jour du plan de déploiement des Unités cliniques apprenantes, les initiatives qui s'y rattachent :
 - o Un sommaire du processus de mise en œuvre et de l'opérationnalisation d'un UCA (tableau et cartographie)

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Sans objet

Considérations importantes

- Sans objet

Suivi à la décision

- Une mise à jour sera présentée au comité à chaque réunion.

Proposition et résolution

- Aucune résolution requise.

Soumis le 2019-11-18 par Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation

Plan de déploiement – Unités cliniques apprenantes

Thèmes	Actions	Responsables	Échéancier	Commentaires/Suivis
Modèle de gouvernance des unités cliniques apprenantes	Arrimage avec le Comité consultatif régional sur les soins de santé primaire (CCR-SSP)	Brigitte Sonier Ferguson Stéphanie Roy Dre France Desrosiers Jacques Duclos	Juillet 2018	Complétée
	Révision des mandats du CCR-SSP et du Sous-comité du continuum de soins	Brigitte Sonier Ferguson Stéphanie Roy Shelley Robichaud	25 janvier 2019	Complétée pour le comité du continuum.
	Première rencontre du sous-comité du continuum et des unités cliniques apprenantes	Brigitte Sonier Ferguson Stéphanie Roy	15 novembre 2018	Complétée
Identification des thématiques des unités cliniques apprenantes	Consultation avec CCR-SSP&SSA et SC-CS&UCA	Brigitte Sonier Ferguson Stéphanie Roy	9 avril 2019	Complétée
	Consultation avec l'Équipe-conseil de la mission universitaire	Brigitte Sonier Ferguson	3 mai 2018	Complétée
	Consultation avec l'Équipe de leadership	Dre France Desrosiers	Juillet 2018	Complétée
Développement des unités cliniques apprenantes	Élaboration de la description de poste et affichage pour le recrutement d'un ou d'une gestionnaire des unités cliniques apprenantes	Brigitte Sonier Ferguson Hélène Grandission-Hadley	18 juillet 2018	Complétée. Cependant, le Comité de classification des postes de la province (Conseil du trésor) nous est revenu avec une classification trop basse pour nous permettre un recrutement. Changement de stratégie.
	Embauche d'un consultant expert – Dr Paul Hébert	Dre France Desrosiers	14 septembre 2018	Complétée
	Analyse des ressources humaines existantes afin de supporter le développement des unités cliniques apprenantes : - Secteur de la performance et de la qualité	Brigitte Sonier Ferguson Dre France Desrosiers Gisèle Beaulieu	31 mars 2019	Complétée. Des ressources humaines ont été identifiées et déployées pour supporter la mise en œuvre des UCA.
	Analyse de l'environnement : présentation du concept des UCA, gestion du changement,	Brigitte Sonier Ferguson Dr Paul Hébert	31 mars 2019	Premier cycle d'analyse terminé. Nous recommencerons un deuxième cycle

	<p>évaluer le degré de préparation, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipe de leadership - Direction - Gestionnaire - Groupes cliniques 			dans la nouvelle année.
	Identification des leaders médicaux et clinico-administratifs des unités cliniques apprenantes priorisées. Création des comités principaux des unités cliniques apprenantes priorisés	Brigitte Sonier Ferguson Martine Poirier Noémie Michaud	31 décembre 2019	Terminé. Santé des aînés : Dr Denis Pelletier et Mme France Lebreton Santé respiratoire : Dr Marcel Mallet et Mme Jessica Kennedy-Belanger Soins chirurgicaux : Dr Nathalie Banville et Mme Chantal Pelletier
	Développement d'un guide pour la création et le fonctionnement des unités cliniques apprenantes	Brigitte Sonier Ferguson Martine Poirier Noémie Michaud	30 septembre 2019	Terminé. Nouvelle version en développement.
	Planification d'ateliers de formation sur les unités cliniques apprenantes (fonctionnement, engagement des patients, etc.)	Brigitte Sonier Ferguson Dr Paul Hébert Comité d'organisation	Octobre 2019	Terminé.
Mise en œuvre des unités cliniques apprenantes	Premières rencontres des comités principaux des unités cliniques apprenantes priorisées	Brigitte Sonier Ferguson Martine Poirier Noémie Michaud	31 janvier 2020	Santé des aînés : 17 décembre 2019 Santé respiratoire : 7 janvier 2020 Soins chirurgicaux : Semaine du 13 janvier 2020
	Identifications et priorisation des écarts en matière de santé le long de la trajectoire du patient dans le continuum de soin	Comités principaux des Unités cliniques apprenantes	31 janvier 2020	
	Développement et déploiement des solutions (programmes ou approches) pour réduire ou éliminer les écarts en matière de santé priorisés	Comités principaux des Unités cliniques apprenantes Groupes de travail	Juillet 2020	
Stratégie provinciale des réseaux cliniques apprenants	Formation du groupe de travail provincial	Brigitte Sonier Ferguson Dr Paul Hébert	-	

	Préparer demande de financement pour la création de cinq réseaux cliniques apprenants (Respiratoire, Cardiovasculaire, Diabète, Vieillessement et Chirurgie). Présenter la demande auprès du projet pilote sur les aînés en santé du N.-B.	Brigitte Sonier Ferguson	-	
--	--	--------------------------	---	--

MISE EN ŒUVRE D'UN UCA : Cette étape s'applique au lancement d'une nouvelle UCA.

	TRIMESTRE
ACTEURS CLÉS	T1 / T2 Janvier - Juin
Équipe de coordination des UCA (Directrice – Recherche, Dev. Scientifique et formation; Directrice adjointe – Recherche et Dev. Scientifique; Coordonnatrice UCA)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les UCA à développer via un processus de consultation stratégique ou appel d'offre; • S'assurer de l'alignement des UCA en développement avec les orientations stratégiques du Réseau de santé Vitalité, du Ministère de la santé, etc. Processus d'approbation via le CCR-SSPSA • Identifier la dyade de leadership médico-administrative (Lead médical et lead clinico-administratif) et s'assurer de leur engagement dans le processus de mise en œuvre de l'UCA identifié
Équipe de coordination des UCA, Lead médical, Lead clinico-administratif	<p>Rencontre(s) préparatoire(s) au lancement d'un UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et solliciter la participation des membres du Comité principal de l'UCA / Identification du patient partenaire • Planifier une première rencontre • Remplir le gabarit Continuum de soins (niveaux de soins) pour la thématique de l'UCA • Identifier des pistes d'investigation pour les écarts en matière de santé pour la thématique de l'UCA
Équipes de soutien (BARR, BGP, Planification et mesure des résultats, Qualité)	<ul style="list-style-type: none"> • Mener le processus de consultation pour l'identification des écarts en matière de santé pour la thématique de l'UCA (interne et externe au Réseau de santé Vitalité) • Mener la collecte de données pour valider les écarts en matière de santé (interne et externe au Réseau de santé Vitalité) • Préparer une présentation des écarts pour la première rencontre de l'UCA

CYCLE OPÉRATIONNEL DES UCA (3 ANS)



DÉBUT CYCLE ANNUEL



MI-CYCLE ANNUEL



FIN CYCLE ANNUEL

	TRIMESTRE											
	T3			T4			T1			T2		
	OCT	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT
	JALONS											
ANNÉE 1	1) LES ÉCARTS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE L'UCA SONT PRIORISÉS (DÉCEMBRE) 2) LES GROUPES DE TRAVAIL* SONT CRÉÉS (DÉCEMBRE)			1) LES SOLUTIONS/PROJETS POUR RÉDUIRE OU ÉLIMINER LES ÉCARTS SONT IDENTIFIÉS ET PROPOSÉS AU LEADERSHIP POUR APPROBATION (MARS)			1) LES PLANS D' ACTIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS/PROJETS SONT ÉTABLIS			1) LES SOLUTIONS/PROJETS SONT DÉBUTÉS (JUILLET) 2) LA FEUILLE DE ROUTE TRANSFORMATIONNELLE* DE L'UCA EST APPROUVÉE PAR LE COMITÉ PRINCIPAL DE L'UCA ET PRÉSENTÉE AU SC-CUCA* ET CCR-SSPSA* (SEPTEMBRE)		
ANNÉE 2	1) LA FEUILLE DE ROUTE TRANSFORMATIONNELLE DE L'UCA EST PRÉSENTÉE AU COMITÉS STRATÉGIQUE DES OPÉRATION ET AU COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ (OCTOBRE)			1) UNE MISE À JOUR DES SOLUTIONS/PROJETS EN COURS ET LES RÉSULTATS ASSOCIÉS EST PRÉSENTÉE AU LEADERSHIP, SC-CUCA ET CCR-SSPSA (MARS)						2) LE BILAN ANNUEL DES ACTIVITÉS DE L'UCA DE L'ANNÉE 2 EST APPROUVÉ PAR LE COMITÉ PRINCIPAL DE L'UCA ET PRÉSENTÉE AU SC-CUCA ET CCR-SSPSA (SEPTEMBRE)		
ANNÉE 3	1) LE BILAN ANNUEL DES ACTIVITÉS DE L'UCA DE L'ANNÉE 2 EST PRÉSENTÉE AU COMITÉS STRATÉGIQUE DES OPÉRATION ET AU COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ (OCTOBRE)			1) UNE MISE À JOUR DES SOLUTIONS/PROJETS EN COURS ET LES RÉSULTATS ASSOCIÉS EST PRÉSENTÉE AU LEADERSHIP, SC-CUCA ET CCR-SSPSA (MARS)						3) LE BILAN ANNUEL DES ACTIVITÉS DE L'UCA DE L'ANNÉE 3 EST APPROUVÉ PAR LE COMITÉ PRINCIPAL DE L'UCA ET PRÉSENTÉE AU SC-CUCA ET CCR-SSPSA (SEPTEMBRE)		

	TRIMESTRE											
	T3			T4			T1			T2		
	OCT	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT
ACTEURS CLÉS	TÂCHES ET ACTIONS											
Équipes de soutien (Équipe de coordination des UCA, BARR, BGP, Planification et mesure des résultats, Qualité)	<p>Comité principal de l'UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer la première rencontre du Comité principal en décembre; <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Préparer le gabarit de continuum de soins, identifier les écarts en matière de santé avec les données à l'appui; Préparer les fiches des écarts pour les groupes de travail à la suite de la première rencontre du Comité principal. ○ Année 2 et 3 : Réviser le continuum de soins; Effectuer une mise à jour des données; Assurer la mise à jour des chartes de projet / plan d'action / Rapport d'évolution. <p>Groupe de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année 2 et 3 : Fournir de l'appui à la recherche, l'évaluation, collecte de données, transfert de connaissance, gestion de changement, etc. aux groupes de mise en œuvre. 			<p>Groupes de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première rencontre des groupes de travail en janvier : <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les pistes de solution proposer pour réduire ou éliminer l'écart; ○ Identifier les meilleures pratiques (revue de la littérature grise et scientifique; collecte de données); • Deuxième et troisième rencontre (au besoin) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Valider les pistes de solution, priorisation de la solution; ○ Préparation la charte de projet pour approbation par le Comité principal. <p>Comité principal de l'UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer la 2^e rencontre du Comité principal en février; <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Suite aux approbations des chartes de projets, préparer des notes d'information pour 			<p>Équipe de coordination des UCA avec les leads de l'UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : Développer la feuille de route transformationnelle de l'UCA qui présente la raison d'être de l'UCA, les priorités et plan d'action pour les prochains 3 ans. <p>Groupe de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débuter le plan d'action (attribution d'un numéro de projet) et poursuivre le développement de la charte de projet pour présentation au Comité principal de l'UCA en juin. <p>Comité principal de l'UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer la 3^e rencontre du Comité principal en juin : <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Préparer les chartes de projets; ○ Année 2 et 3 : Suivi des chartes de projets/ rapport d'évolution. <p>Groupe de mise en œuvre :</p>			<p>Équipe de coordination des UCA avec les leads de l'UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : Finaliser la feuille de route transformationnelle de l'UCA pour approbation par le Comité principal en septembre. <p>Comité principal de l'UCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer la 4^e rencontre du Comité principal en septembre : <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Présenter la feuille de route transformationnelle; Suivi des chartes de projet/ rapport d'évolution. ○ Année 2 et 3: Préparer le bilan annuel des activités de l'UCA; Suivi des chartes de projet/rapport d'évolution. <p>Groupe de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : Supporter les groupes de mise en œuvre dans le lancement des projets; Fournir de l'appui à la recherche, l'évaluation, collecte de données, transfert de 		

		<p>l'équipe de leadership et le CCR-SSPSA pour approbation en mars.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 2 et 3 : préparer des notes d'information afin d'assurer le suivi des projets en cours à l'équipe de leadership et CCR-SSPSA. <p>Groupe de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année 2 et 3 : Supporter les groupes de mise en œuvre par la recherche, l'évaluation, collecte de données, transfert de connaissance, gestion de changement, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Année 2 et 3 : Supporter les groupes de mise en œuvre par l'appui à la recherche, l'évaluation, collecte de données, transfert de connaissance, gestion de changement, etc. 	<p>connaissance, gestion de changement, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année 2 et 3 : Appuyer la préparation des bilans annuels des activités des groupes de mise en œuvre; Fournir de l'appui à la recherche, l'évaluation, collecte de données, transfert de connaissance, gestion de changement, etc. aux groupes de mise en œuvre.
Secteur de la planification	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour des UCA présenter au Comité stratégique des opérations en octobre; <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 2 : Feuille de route transformationnelle; ○ Année 3 : Bilan des activités annuels de L'UCA. • Présentation au Comité régional des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité; <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 2 : Feuille de route transformationnelle; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Année 3 : Bilan des activités annuels de L'UCA. 			
Leadership, CCR-SSPSA	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet 	<ul style="list-style-type: none"> • Approuver les chartes de projets des solutions proposées par les UCA; • Intégrer les projets acceptés dans la planification budgétaire (PRSA); 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet
Comité principal UCA	<ul style="list-style-type: none"> • Première rencontre en décembre <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Prioriser les écarts en matière de santé pour les prochains 3 ans; créer des groupes de travail pour les écarts priorités. ○ Année 2 et 3 : Réviser les écarts en matière de santé; Identifier nouvelles priorités au besoin; Suivi des projets / Rapport d'évolution. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deuxième rencontre en février : <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Approuver les chartes de projets proposées par les groupes de travail. ○ Année 2 : Suivi des projets en cours. • Rencontre avec le leadership – CCR-SSPSA en mars <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Présenter les chartes de projets au Leadership et CCR-SSPSA avec note d'information pour approbation; ○ Année 2 et 3 : Présenter un suivi des projets en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troisième rencontre en juin : <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Approuver les plans d'action (chartes de projet) ○ Année 2 : Suivi des projets / Rapport d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> • Quatrième rencontre en septembre : <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 : Approuver la feuille de route transformation de l'UCA; Suivi des projets / Rapport d'évolution. ○ Année 2 : Approuver le bilan annuel de l'UCA; Suivi des projets / Rapport d'évolution.
Groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Compléter la composition des groupes de travail avec un gestionnaire de projet; 	<ul style="list-style-type: none"> • Première rencontre des groupes de travail en janvier : 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de travail transitionne en groupe de mise en œuvre; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet

	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier une première rencontre des groupes de travail dans le prochain trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les pistes de solution proposer pour réduire ou éliminer l'écart. • Deuxième et troisième rencontre (au besoin) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Valider les pistes de solution, priorisation de la solution; ○ Préparation la charte de projet pour approbation par le Comité principal en février. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les plans d'action des projets pour approbation par le Comité principal en juin; 	
Groupe de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : sans objet • Année 2 et 3 : Poursuivre la mise en œuvre des projets 	<ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : sans objet • Année 2 et 3 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre la mise en œuvre des projets; ○ Préparer une mise à jour des projets en cours pour le Comité principal en février. 	<ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Former le groupe de mise en œuvre des projets; ○ Préparer les plans d'action des projets pour approbation par le Comité principal en juin. • Année 2 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre la mise en œuvre des projets; 	<ul style="list-style-type: none"> • Année 1 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Lancement des projets en juillet. • Année 2 et 3 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Poursuivre la mise en œuvre des projets; ○ Préparer un bilan des activités entourant la mise en œuvre du projet pour approbation par le Comité principal en septembre.

***DÉFINITIONS :**

Groupe de travail : Pour chaque écart priorisé, le Comité principal procédera à la création d'un Groupe de travail spécifique composé de gens bien positionnés pour adresser la problématique visée. Le Groupe de travail sera responsable de mener des revues systématiques de la littérature pour identifier des bonnes pratiques ou des approches innovantes pour résoudre l'écart priorisé. Il procédera par la suite au co-développement et au déploiement de nouvelles approches ou à l'adaptation d'approches existantes pour réduire ou éliminer l'écart priorisé.

Groupe de mise en œuvre : Ce groupe prend la relève du groupe de travail pour assurer la mise en œuvre sur le terrain. Il est responsable d'assurer l'évaluation de l'efficacité des approches déployées et l'impact de ces dernières en considérant le Triple objectif (meilleurs soins, meilleure santé, meilleure valeur) et s'assurer du transfert des connaissances à travers le Réseau de santé Vitalité.

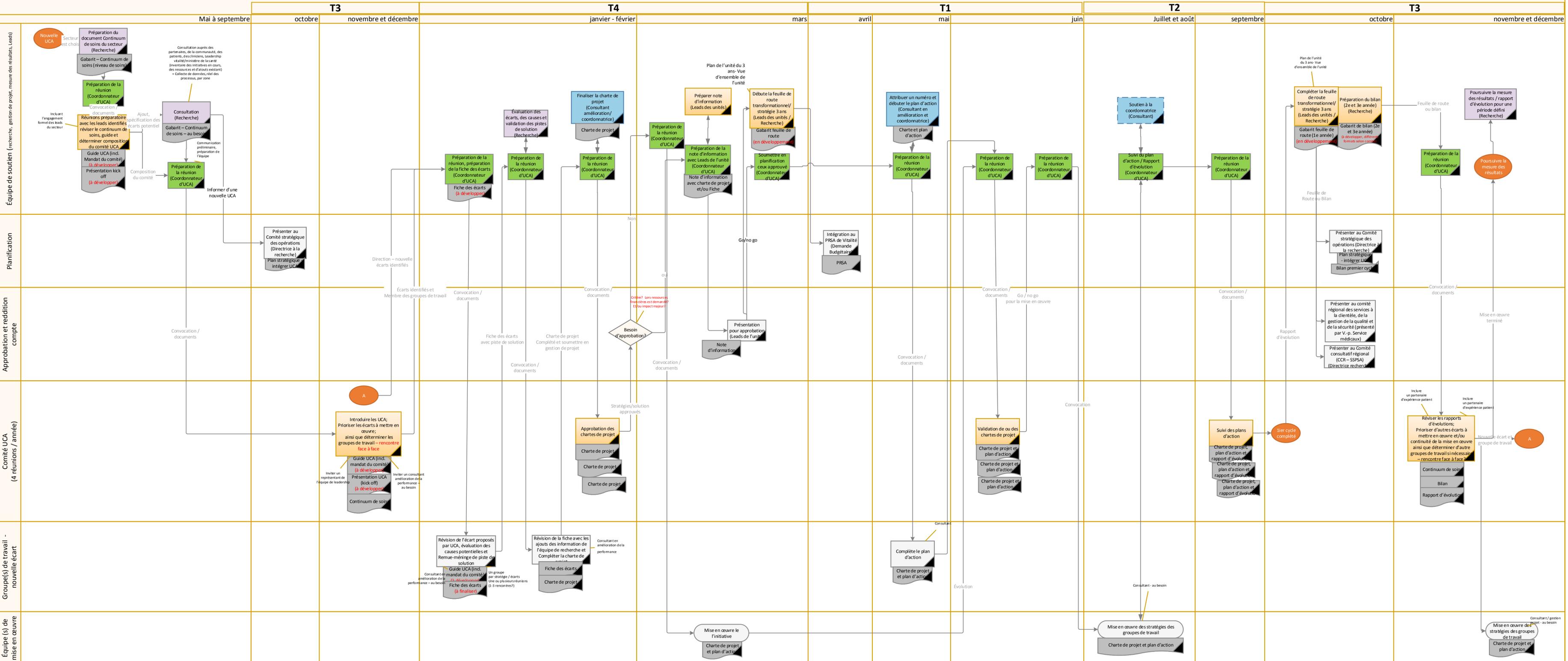
SC-CUCA : Sous-comité du Continuum et des Unités cliniques apprenantes

CCR-SSPSA : Comité consultatif régional sur les soins de santé primaire et le système de santé apprenant

Feuille de route transformationnelle de l'UCA : La feuille de route transformationnelle décrit les grands objectifs stratégiques de l'Unité et son positionnement dans le contexte des soins de santé à Vitalité et au N.-B. Elle décrit également les stratégies qui seront déployées par l'Unité et différents acteurs qui seront impliqués. Cette feuille de route transformationnelle représente la vision de l'Unité et son plan d'action pour les prochaines trois années

Cycle et l'opérationnalisation des Unité clinique apprenante (UCA)

Ébauche 2019-11-14



Note d'information – Demande de financement – Projet pilote sur les aînés en santé

Titre du comité : Comité stratégique de la recherche et de la formation

Date : 2019-11-18

Décision recherchée

- Aucune décision recherchée

Contexte / Problématique

- Le Réseau de santé de Vitalité a soumis une proposition de projet de recherche à l'initiative Projet pilote sur les aînés en santé dans le cadre du concours pour les projets gouvernementaux : Devenir un système de santé apprenant : la stratégie d'un réseau de santé au Nouveau-Brunswick. Projet pilote - Unité clinique apprenante Santé des aînés. La demande de financement se retrouve en pièce jointe.
- La proposition a été présentée devant le Comité de sélection en octobre. Les commentaires étaient positifs et nous sommes en attente de la réponse officielle.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Sans objet.

Considérations importantes

- Sans objet.

Suivi à la décision

- Sans objet.

Proposition et résolution

- Aucune résolution requise

Soumis le 2019-11-18 par Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation



CHARTE POUR LES PROJETS GOUVERNEMENTAUX

SECTION 1 – Renseignements de base sur le projet

Nom du ministère et de la direction ou de l'unité : Réseau de santé Vitalité

Nom du responsable du projet : Brigitte Sonier Ferguson

Coordonnées du responsable du projet :

Réseau de santé Vitalité Health Network

Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Center

330, avenue Université Avenue

Moncton, NB E1C 2Z3

Tél. / Tel.: 506-869-2827 • Téléc. / Fax: 506-869-3553

brigitte.sonier-ferguson@vitalitenb.ca • www.santevitalitehealth.ca

Nom du projet : Devenir un système de santé apprenant : la stratégie d'un réseau de santé au Nouveau-Brunswick. Projet pilote - Unité clinique apprenante Santé des aînés.

Date de début prévue du projet : automne 2019

Date de fin prévue du projet : 31 mars 2021

Somme totale demandée dans le cadre du Projet pilote sur les aînés en santé : **744,770.00\$**

Financement inclus dans le budget principal de 2019-2020 pour ce projet : **434,383.00\$**

Domaine d'intervention du PPAS tel que décrit dans les lignes directrices : (veuillez sélectionner celui sur lequel votre projet est le mieux aligné) :

Concevoir des protocoles de soins novateurs

Priorité du PPAS tel qu'il est décrit dans les lignes directrices (le cas échéant) :

Les ressources humaines en général, et celles dans le domaine de la santé (travailleurs réglementés et non réglementés); La transition des soins d'une étape à l'autre; Les transitions prématurées vers des soins de longue durée.

Lieu et population principalement visés :

Réseau de santé Vitalité (Zones Beauséjour, Acadie-Bathurst, Restigouche et Nord-Ouest); population aînée de ces zones et l'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé des aînés.

SECTION 2 – Sommaire du projet

Fournissez un aperçu du projet en langage simple et décrivez-le de manière qu'il soit facilement compris par ceux qui n'ont aucune connaissance préalable du sujet.

Afin de devenir une organisation apprenante, le Réseau de santé Vitalité (Vitalité) propose la création de nouvelles entités organisationnelles nommées Unités cliniques apprenantes (Unités), basées sur les Strategic Clinical Networks de l'Alberta. Par cette stratégie, Vitalité désire provoquer un changement de culture au sein de son organisation afin d'intégrer la recherche et l'innovation dans les activités cliniques pour solutionner des problèmes importants qui affectent les patients et le système de santé. En janvier 2018, le Réseau débute la mise en œuvre de son plan d'action pour la mission universitaire qui inclut l'implantation des Unités. Les interventions pour l'implantation des Unités ont débuté en novembre 2018 par une série de rencontres avec des patients, la haute administration de Vitalité, les leaders médicaux et cliniques et des équipes soignantes, afin de partager la nouvelle vision de l'organisation et de les impliquer dans le développement de l'approche proposée. Une approche ascendante-descendante fut choisie de façon délibérée afin de s'assurer de bien comprendre les priorités et les enjeux identifiés tant au niveau du leadership de l'organisation que sur le terrain. Une priorité qui est ressortie auprès de tous les groupes consultés est l'offre de services et soins de santé centrés sur le patient afin de mieux répondre aux besoins criant de la population en général mais avec une emphase particulière sur la population vieillissante. Il a été observé un grand sentiment d'urgence par rapport aux capacités du système de relever les défis en matière de santé pour cette portion de la population et sur le fait que les services et soins de santé actuels ne sont pas adaptés aux aînés. C'est ainsi que la création de l'Unité Santé des aînés fut priorisé par Vitalité.

Le but du projet est de transformer le système de santé actuel en un système de santé apprenant afin d'assurer un virage vers des soins de santé primaires renouvelés, ainsi qu'un accès équitable à des services et soins de santé basés sur des données probantes pour la population du N.-B., **plus spécifiquement la population aînée de notre province, par la création d'une Unité clinique apprenante Santé des aînés.** L'amélioration proposée visera le triple objectif en matière de santé : meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour les aînés, tout au long de leur continuum de soins. Les objectifs généraux du projet sont :

- 1) Développer et mettre en place les structures nécessaires à la création et au déploiement de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés;
- 2) Identifier et valider les écarts en matière de santé à tous les niveaux du continuum de santé des aînés et déployer des solutions pour les réduire ou les éliminer.
- 3) Évaluer l'implantation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés et en mesurer les impacts au niveau des patients aînés, de l'organisation et du système.

SECTION 3 – Description du projet/ Analyse de rentabilité

Dans cette section, décrivez la façon dont le projet va aborder un domaine important et le plan solide sur lequel il est fondé qui nous permettra d'apprendre de la phase pilote. Cette description doit indiquer comment nous pourrions comprendre les répercussions du projet sur les personnes et le système.

3.1 Énoncé du problème

Énoncez clairement la raison d'être du projet et comment les résultats de cette proposition peuvent être utilisés pour traiter la priorité et/ou le centre d'intérêt indiqué. Joignez des données justifiant la pertinence de ce projet.

LES DÉFIS DE LA RÉGIONALISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU CANADA

Au début des années 90, la plupart des gouvernements provinciaux (à l'exception de l'Ontario) se dirigeaient vers une certaine régionalisation de leurs systèmes de santé (Lewis et Kouri, 2004). Le modèle prédominant est celui d'un système de gouvernance à deux niveaux, dans lequel les ministères de la Santé provinciaux sont responsables de fournir les ressources financières et un cadre stratégique, en plus d'assurer certaines fonctions

générales de surveillance et de gouvernance, tandis que les régies régionales de la santé (RRS) sont responsables de la gouvernance régionale et de la prestation de services de soins de santé au sein d'une population et d'une région géographique données (Bergevin et al. 2016). Les objectifs de la régionalisation dès le départ étaient les suivants: mieux intégrer et coordonner les services de santé; réduire les coûts en consolidant et en rationalisant les services hospitaliers; mettre l'accent sur la santé de la population et la prévention en passant d'un modèle de soins aigus en milieu hospitalier à un modèle de soins primaires et en milieu communautaire qui prend en compte les déterminants de la santé; améliorer la qualité des services de santé en promouvant les meilleures pratiques basées sur des données probantes; centraliser les ressources et la prise de décision pour mieux répondre aux besoins spécifiques de la population; et d'accroître l'imputabilité aux autorités provinciales responsables par le biais des RRS (Marchildon, 2016).

Le Triple objectifs en matière de santé des populations de *l'Institute for Healthcare Improvement (IHI)* a été proposé pour la première fois en 2008 comme cadre d'optimisation de la performance du système de santé (Berwick et al. 2008) : Meilleure santé: améliorer la santé des populations; Meilleurs soins: amélioration de l'expérience des patients en matière de soins (y compris qualité et satisfaction); Meilleure valeur: Réduire le coût des soins de santé par habitant. La plupart des systèmes de santé modernes, y compris au Canada, s'efforcent d'atteindre le triple objectif. Mais la mise en œuvre de stratégies d'amélioration des systèmes de santé a fait face à de nombreux défis et le succès de ces dernières a été variable (Farmanova et al. 2016).

De par ses objectifs de départ, la régionalisation de nos systèmes de santé aurait dû créer un environnement propice à l'amélioration simultanée des soins aux patients et de la santé des populations à moindre coût par habitant. L'impact de la régionalisation des systèmes de santé au Canada sur le Triple objectif a été décrit dans une publication récente intitulée *Vers le Triple objectif visant une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur pour les Canadiens : transformer les régions en systèmes de santé à rendement élevé* (Bergevin et al. 2016). Les principales conclusions de cette étude indiquent :

- « ...que la régionalisation a contribué à plusieurs réussites en regard d'une meilleure santé, de meilleurs soins et d'une meilleure valeur, en partie grâce à l'adoption d'une approche axée sur la santé de la population. Toutefois, ces réussites demeurent partielles et varient d'un territoire ou d'une province à l'autre. »
- «...la régionalisation au Canada présente des faiblesses : approche selon un programme axé sur les résultats incomplet; manque de clarté dans la définition des rôles des ministères et régies de la santé; mobilisation insuffisante des médecins et établissement de contrats insatisfaisant avec ces derniers; réorganisation fréquente de la structure et des fonctions des systèmes de santé provinciaux; déficience des systèmes d'information; appui financier insuffisant quant aux médicaments essentiels dans les milieux de soins ambulatoires ou à domicile.»

L'étude propose sept améliorations qui, une fois apportées, devraient contribuer considérablement à l'atteinte du Triple objectif tout en entraînant des coûts uniques modestes et d'importantes économies récurrentes:

1. *Gérer les systèmes de santé régionalisés intégrés en tant que programmes de santé axés sur les résultats pour les transformer en systèmes de santé à rendement élevé;*
2. *Renforcer la promotion du bien-être, la santé publique et l'action intersectorielle pour la santé afin d'aborder efficacement les déterminants sociaux de la santé;*
3. *Assurer un accès rapide aux soins de santé primaires personnalisés, aux soins de santé familiale et aux services de proximité;*
4. *Demander aux médecins de contribuer à la gouvernance et au leadership en milieu clinique, partager avec eux la responsabilité des résultats et les faire participer aux changements requis liés à leur contrat et rémunération;*

5. *Mobiliser les citoyens pour qu'ils prennent en main leur propre santé et contribuent à leur système de santé;*
6. *Améliorer les systèmes d'information sur la santé, accélérer le déploiement des dossiers de santé électroniques et veiller à leur interopérabilité avec les systèmes d'information sur la santé;*
7. *Favoriser une culture d'excellence, d'apprentissage, d'innovation et de recherche et encourager l'adaptation pour une amélioration continue de la qualité*

Le dernier domaine d'amélioration propose une transformation des systèmes de santé via l'adoption d'une culture de système d'apprentissage. Les systèmes de santé apprenants sont des entités qui ont la capacité d'exploiter le pouvoir des données et des analyses pour apprendre de chaque patient. Ceci a pour résultat d'accroître les connaissances des cliniciens, des professionnels de la santé, des patients et d'autres parties prenantes, créant ainsi un environnement favorable à l'amélioration continue du système de santé et des opportunités d'apprentissage contextuel et collaboratif et de recherche translationnelle (*Institute of Medicine, 2015*).

La solution albertaine pour atteindre le Triple objectif: les Strategic Clinical Networks

Afin d'aborder les sept propositions d'amélioration décrites dans la section précédente, la RRS de l'Alberta (*Alberta Health Services*) a procédé à la création des *Strategic Clinical Networks* (SCN). Les SCN ont pour objectif « ... d'équilibrer les priorités essentielles et les priorités locales à l'échelle de la province; d'éliminer les écarts injustifiables entre les résultats cliniques et assurer un accès équitable, continu et durable à des soins de qualité supérieurs pour tous » (*Noseworthy et al. 2016*). Les SCN sont constitués d'équipes multidisciplinaires et intégrées, composées de patients, de médecins, de professionnels de la santé, de responsables des opérations cliniques, de chercheurs et de décideurs. Ils représentent des structures ascendantes qui assure la promotion de soins novateurs basés sur les données probantes mais avant tout, centrés sur le patient, tout le long du continuum de soins de santé. Les SCN impliquent les personnes intéressées et bien informées au sein de la RRS et ses partenaires académiques. En Alberta, les SCN ont un mandat provincial et chaque réseau se concentre sur des lacunes spécifiques en matière de soins de santé afin d'améliorer les résultats pour les patients à une meilleure valeur. Ultimement, l'objectif des SCN est d'accélérer l'application des nouvelles connaissances découlant de la recherche et de faciliter l'adoption des meilleures pratiques au sein de la RRS (*Noseworthy et al. 2016*). Depuis l'implantation des premiers SCN en 2012, il existe maintenant 15 SCN opérationnels en Alberta (T. Wasylak, communication personnelle). Les initiatives menées par ces SCN ont eu des résultats importants et bénéfiques pour la population de l'Alberta, notamment une amélioration de la santé populationnelle avec des résultats tangibles auprès des patients, une amélioration de l'expérience patient et une optimisation et meilleure utilisation des ressources dans le système de santé (*Noseworthy et al. 2016*).

Le système de santé au Nouveau-Brunswick

Comme la majorité des provinces au Canada, le Nouveau-Brunswick (N.-B.) a connu une régionalisation de son système de santé au cours des 20 dernières années. Les établissements de santé locaux ont été centralisés en huit régions régionales de la santé en 2002, puis recentralisés en deux réseaux de santé régionaux en 2008 : le Réseau de santé Vitalité (Vitalité) et le Réseau de santé Horizon. Cette régionalisation a favorisé la création de réseaux et d'initiatives de soins de santé provinciaux au sein des deux RRS et a permis de rationaliser certaines activités administratives et opérationnelles au sein des établissements des réseaux de santé. Cependant, l'impact de la régionalisation sur les dimensions du Triple objectif dans la province, comme ailleurs dans le pays, a été limité (*Bergevin et al. 2016*).

L'état de santé actuel de la population du N.-B. a été une source de préoccupation majeure pour les décideurs de la province au cours des 10 dernières années. Les Néo-Brunswickois sont généralement moins bien lotis que les

autres Canadiens en ce qui concerne l'incidence et la prévalence de maladies chroniques et cette situation continuera de s'aggraver avec le vieillissement de la population. Notre système de santé provincial doit faire face aux défis suivants (tel que décrit dans le rapport publié en 2015 par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick sur la viabilité du système de santé au N.-B.) :

1. Nous affichons des taux plus élevés d'hypertension, de diabète, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de mortalité évitable que ceux de la moyenne canadienne;
2. La qualité de nos services de santé varie grandement dans la province. Cette variation se retrouve dans des domaines tels que :
 - La capacité à obtenir un rendez-vous avec son médecin de famille le jour même ou le jour suivant;
 - Les temps d'attente des jeunes avant d'avoir accès à une évaluation de leur santé psychologique.
3. Notre rendement est inférieur au reste du pays dans les domaines suivants :
 - Nous obtenons un classement très faible en matière de taux d'hospitalisations évitables par rapport à celui du reste du Canada;
 - Les temps d'attente chez nos médecins spécialistes s'allongent comparativement à ceux du reste du Canada;
 - Les Néo-Brunswickois ont davantage recours aux services des salles d'urgence que dans les autres provinces;
 - La qualité des services de santé primaires reçoit régulièrement une note globale de D lorsque comparée aux autres provinces (note de rendement attribué par le Conseil de la santé du N.-B.).
4. Nos dépenses en santé et le niveau de nos ressources humaines dépassent ceux de la moyenne nationale. Par exemple :
 - Nous avons plus de médecins par habitant que la moyenne nationale;
 - Le nombre d'employés en santé psychologique communautaire et au sein du Programme extra-mural par habitant varie grandement dans la province.

En résumé, le système de santé actuel au N.-B. n'est pas viable et n'est pas positionné pour s'attaquer aux importants problèmes de santé de sa population. Bien que la province dépense plus pour la santé que la moyenne nationale, l'état de santé de la population est généralement pire que celui de ses homologues du reste du pays. Le système de santé du N.-B. affiche un rendement inférieur aux indicateurs clés de la qualité des services de santé par rapport au reste du pays, et la situation ne s'améliorera pas si le système ne change pas. Le système de santé de la province doit subir une transformation radicale pour pouvoir faire face aux défis.

La proposition du Réseau de santé Vitalité : Devenir une organisation apprenante

Vitalité assure la prestation et la gestion des soins et des services de santé au N.-B. pour la majorité de la population francophone de la province. Une analyse de la qualité des soins et des services de santé de Vitalité menée en 2015 a révélé que ceux-ci étaient particulièrement mal adaptés à l'émergence des maladies chroniques (diabètes, hypertension, insuffisance cardiaque et respiratoire etc.) et au vieillissement de la population. Cette analyse a également révélé que les services et soins de santé étaient pour la plupart organisés autour des hôpitaux faisant ainsi que plusieurs personnes se retrouvaient à recevoir leurs soins à l'intérieur des établissements hospitalier alors qu'ils auraient dû les recevoir ailleurs. Cependant il a également été reconnu qu'il y avait de grands problèmes d'accès pour les services et soins de santé en communauté. Le but de cette analyse exhaustive des soins et services à l'intérieur de Vitalité était d'aider à l'amélioration de ces derniers en les ramenant plus près des communautés tout en s'assurant de leur viabilité (financière et clinique). Ceci a mené au développement du Plan de services cliniques du Réseau de santé Vitalité (https://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/sommaire_plan_services_cliniques-phase_1_en.pdf).

Ces résultats soulignent l'importance de créer et d'implanter un réseau de services et de soins de santé qui soit : centré sur les besoins spécifiques des patients; axé sur des soins de santé primaires intégrés, adaptés et liés aux services communautaires; et basé sur des données probantes. En réponse aux défis identifiés dans le système et à leurs conséquences sur la santé des francophones vivant dans les quatre zones géographiques desservies par Vitalité, le réseau publie son *Plan stratégique 2017-2020 : En route vers la modernisation et la transformation du système de santé*. Dans son plan stratégique, Vitalité mise également sur le développement de sa mission universitaire avec comme objectif d'établir un plan de développement pour cette dernière afin d'augmenter les capacités de recherche et de formation au sein de ses établissements et d'offrir des soins de santé spécialisés de haute qualité.

Afin d'atteindre l'objectif stratégique d'optimiser le développement de la mission universitaire de Vitalité, un groupe de travail fut établi pour l'élaboration d'un plan d'action. Ce groupe a complété plusieurs des étapes nécessaires au développement de ce plan d'action, dont une revue exhaustive des différents modèles d'intégration d'une mission universitaire dans un milieu hospitalier et une consultation du milieu sur sa vision d'une mission universitaire. Le processus de consultation à l'interne a vite permis au groupe de travail de constater les enjeux évidents pour le déploiement d'une réelle mission universitaire au sein de Vitalité. L'arrivée du programme de formation médicale délocalisé de l'Université de Sherbrooke en 2006 (Centre de formation médicale du N.-B. à Moncton) a forcé les établissements de santé de Vitalité à soudainement adopter une vocation universitaire. Du jour au lendemain, la grande majorité des membres du corps médical du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont deviennent des professeurs d'enseignement clinique et pré-clinique au programme de formation. Pour respecter les exigences du programme, on doit exposer les apprenants en médecine à des activités de recherche clinique. Des établissements, qui avaient de prime abord une vocation purement clinique, se sont vu imposer un changement de culture organisationnel avec des ressources et de l'appui limités. Le processus de consultation a également permis de constater l'ampleur de l'impact de la fragmentation de notre système de santé sur les opérations de Vitalité (le patient n'est pas au centre, désengagement des médecins et professionnels de la santé, travail en silo, pas d'alignement stratégique, manque de confiance dans l'organisation, etc.).

Reconnaissant que le système de santé du N.-B. est en crise et s'inspirant du modèle de système apprenant, Vitalité a décidé de profiter du développement de sa mission universitaire et d'en faire la pierre angulaire pour la transformation du système de santé. Vitalité a donc lancé une importante réforme du système de santé qui vise à exploiter les capacités du système et à tirer profit de la recherche et de l'innovation afin de fournir des soins de qualité qui sont centrés sur le patient et basés sur les données probantes, dans un environnement qui prône une culture de la mesure et de l'amélioration continue. Plus spécifiquement, Vitalité mise sur le développement de sa capacité de recherche en menant des activités de recherche et d'évaluation qui serviront directement à résoudre des problèmes spécifiques qui affectent ses patients (écarts cliniques) tout au long de leur trajectoire (continuum) de soins.

Pour arriver à développer une organisation apprenante, Vitalité propose la création de nouvelles entités organisationnelles nommées **Unités cliniques apprenantes** (Unités) dans son **plan d'action pour le développement de sa mission universitaire (qui fut présenté et entériné par son Conseil d'administration à l'automne 2017)**. Les Unités seront basées sur les principes des SNC de l'Alberta. Les Unités accéléreront le transfert des connaissances et l'adoption de meilleures pratiques basées sur des données probantes au sein de Vitalité. Elles accompliront ceci en travaillant de près avec les équipes sur le terrain responsables des opérations cliniques de Vitalité. Les Unités représentent le fondement de la vision de Vitalité de devenir un système de santé apprenant et elles serviront d'outils pour soutenir ce changement organisationnel (**Annexe C, Figure 1**).

Structure des Unités cliniques apprenantes :

La structure de l'Unité est schématisée à la **Figure 2 (Annexe C)**. Chaque Unité sera dirigée par une dyade médico-administrative composée d'un leader médical et d'un leader administratif clinique principal. Ce leadership sera soutenu par un expert scientifique, soit un chercheur clinicien soit un chercheur universitaire ayant une expertise dans la thématique de l'Unité. Ces derniers seront responsables de former le Comité principal de l'Unité. L'adhésion au comité se fera sur une base volontaire et le comité devra inclure des acteurs clés déjà pleinement impliqués dans des activités de la thématique de l'Unité. Le Comité, composé de patients, de médecins, de professionnels de la santé, de gestionnaires et de décideurs de Vitalité, de partenaires stratégiques provenant des communautés, de représentants du gouvernement et du milieu universitaire, formera le noyau central de l'Unité. Une représentation de la santé publique, des soins de santé communautaires (p. ex. programme extra-mural), des soins de santé primaires et des intervenants de première ligne sera obligatoire dans chaque Unité afin de refléter le plein continuum des soins. Ces membres principaux établiront les priorités stratégiques de l'Unité et s'assureront de la mise en œuvre et de la surveillance des initiatives qui seront développées. Le comité principal aura pour mandat de déterminer et de prioriser les plus gros problèmes (écarts en matière de santé) auxquels s'attaquer selon la trajectoire du patient le long du continuum de soins dans la thématique de l'Unité. Les patients et les communautés participeront en tant que groupes d'experts et seront des membres égaux et indispensables au bon fonctionnement de l'Unité. La contribution de ceux-ci aux priorités et aux initiatives de l'Unité assurera que les intérêts et les priorités du terrain sont prises en compte. Leurs retours sur les progrès accomplis par rapport aux objectifs de l'Unité seront également d'une importance primordiale.

Le Comité sera également responsable de créer des groupes de travail qui seront responsable d'identifier et de déployer des approches et des initiatives pour solutionner les problèmes / écarts qu'il aura priorisé. Le Comité et les groupes de travail seront soutenus en arrière-plan par des équipes de soutien composées de gestionnaires de projet, d'analystes de données cliniques et de professionnels de recherche. Vitalité a déjà mobilisé des membres actuels de son personnel pour former une partie de ses équipes de soutien (secteur de la qualité et mesure de la performance, Bureau d'appui à la recherche régionale, etc.). Le Conseil de la santé du N.-B. et le *New Brunswick Institute for Research, Data and Training (NB-IRDT)* seront également des partenaires importants pour soutenir les activités des Unités.

Fonctionnement des Unités cliniques apprenantes

Tel que mentionné dans la section précédente, l'objectif de l'Unité est d'identifier les plus gros problèmes à résoudre pour les patients et le système, tout au long du continuum de soin de sa thématique en santé. L'Unité accomplira ceci par le développement de la trajectoire de soins du patient dans le continuum. Une analyse exhaustive des données disponibles sur la situation des patients le long de cette trajectoire sera également menée dans le but d'identifier les écarts au niveau des indicateurs de santé populationnelle, des résultats cliniques et des pratiques cliniques. De par cette information, le Comité principal de l'Unité sera en mesure de décider ensemble, des écarts à prioriser. Pour chaque écart priorisé, le Comité principal procédera à la création d'un Groupe de travail spécifique composé de gens bien positionnés pour adresser la problématique visée. Ce groupe sera également dirigé par une dyade médico-administrative et sera supporté par un gestionnaire de projet et des professionnels de recherche et d'évaluation. Le groupe de travail sera responsable de mener des revues systématiques de la littérature pour identifier des bonnes pratiques ou des approches innovantes pour adresser l'écart priorisé. Il procédera par la suite au co-développement et au déploiement de nouvelles approches ou à l'adaptation d'approches existantes pour réduire ou éliminer l'écart priorisé. Le groupe de travail devra également assurer l'évaluation de l'efficacité des approches déployées et l'impact de ces dernières en considérant le Triple

objectif (meilleurs soins, meilleure santé, meilleure valeur) et s'assurer du transfert des connaissances à travers Vitalité. Le fonctionnement de l'Unité est schématisé à la **Figure 3 (Annexe C)**.

Les Unités seront implantées et opérationnalisées selon un cycle de planification de trois ans : le cycle un (première année) sera dédié à la mise en place des structures et des ressources pour assurer l'initiation et l'opérationnalisation de l'Unité, tandis que les cycles subséquents (deuxième et troisième années) seront consacrés à la mise en œuvre et au suivi de la feuille de route transformationnelle pour sa thématique. La feuille de route transformationnelle décrit les grands objectifs stratégiques de l'Unité et son positionnement dans le contexte des soins de santé à Vitalité et au N.-B. Elle décrit également les stratégies qui seront déployées par l'Unité et différents acteurs qui seront impliqués. Cette feuille de route transformationnelle représente la vision de l'Unité et son plan d'action pour les prochaines trois années.

Afin de s'assurer d'un alignement stratégique entre l'Unité et Vitalité, les opérations de l'Unité seront arrimées au cycle de planification annuel de Vitalité de s'assurer d'une imputabilité de l'Unité envers le leadership du réseau et vice-versa. Le cycle de planification annuel de Vitalité se divise en quatre trimestres (T1 – avril à juin, T2 – juillet à septembre, T3 – octobre à décembre, T4 – janvier à mars), suivant l'année financière établie par le Ministère de la santé (1^{er} avril au 31 mars). Afin de s'assurer de l'engagement du leadership du réseau vers la mise en œuvre des initiatives découlant de la feuille de route transformationnelle de l'Unité et du financement de ces dernières, le cycle de planification de l'Unité débutera à T2 (voir le cycle de planification à la **Figure 4 (Annexe C)**). Durant un cycle, le comité principal se réunira quatre fois. Chaque rencontre aura un but et des objectifs spécifiques à atteindre afin de respecter les échéanciers établis. Les activités du Comité principal, ainsi que les opérations globales de l'Unité, seront supportées par le Bureau d'appui à la recherche, le Bureau de gestion de projet et le Secteur de la planification de Vitalité, avec l'appui de partenaires externes pertinents.

Projet pilote (phare) : La création d'une Unité clinique apprenante Santé des aînés

En janvier 2018, le Réseau débute la mise en œuvre de son plan d'action pour la mission universitaire menée par la direction du secteur de la recherche et de la formation. Afin de faciliter le développement d'un plan d'implantation des Unités cliniques apprenantes au sein de Vitalité, le réseau sollicite l'appui d'un expert-conseil à l'été 2018 (le Dr Paul Hébert) pour appuyer l'équipe de coordination dans sa planification. Les interventions pour le développement du plan d'implantation des Unités ont débuté en novembre 2018 par une série de rencontres avec des patients, la haute administration de Vitalité, les leaders médicaux et cliniques et des équipes soignantes, afin de partager la nouvelle vision de l'organisation et de les impliquer dans le développement de l'approche proposée. Le processus de consultation en soi a suscité un changement perceptible au sein de l'organisation, de par l'engagement de tous dans la vision proposée. Une approche ascendante-descendante fut choisie de façon délibérée afin de s'assurer de bien comprendre les priorités et les enjeux identifiés tant au niveau du leadership de l'organisation que sur le terrain. Une priorité qui est ressortie auprès de tous les groupes consultés est l'offre de services et soins de santé centrés sur le patient afin de mieux répondre aux besoins criants de la population en général mais avec une emphase particulière sur la population vieillissante. Il a été observé un grand sentiment d'urgence par rapport aux capacités du système de relever les défis en matière de santé pour cette portion de la population et sur le fait que les services et soins de santé actuels ne sont pas adaptés aux aînés.

C'est ainsi que la création de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés a été priorisée par l'équipe de coordination. L'équipe en a déjà commencé la planification. La dyade de leadership médico-administrative a été identifiée et rencontrée. Le processus d'identification des acteurs clés impliqués dans la santé des aînés a également débuté et la trajectoire du patient aîné dans le continuum de soins a été définie. Les cinq niveaux de cette trajectoire peuvent être résumés ainsi :

- Niveau 1 – Promotion de la santé et prévention de la maladie
- Niveau 2 - Intervention ciblée en prévention primaire; intégration des pratiques cliniques préventives et du dépistage précoce
- Niveau 3 – Prévention secondaire / réadaptation : évaluation, diagnostic, traitement, pris en charge continue (maladie stable, non exacerbée ou en phase aigüe)
- Niveau 4 – Prévention tertiaire – réadaptation : soutien, réhabilitation, réadaptation et réintégration sociale (maladie non stable, exacerbée ou en phase aigüe)
- Niveau 5 – Soutien, soins de fin de vie, soins palliatifs

Des rencontres préliminaires avec les acteurs clés ont permis de constater que certains écarts avaient déjà été identifiés, ainsi que des initiatives pour s'y attaquer. Une de ces initiatives (*Maintien à domicile pour les aînés*) a déjà débuté à Vitalité et elle sera incluse dans les initiatives de l'Unité afin d'ajouter et d'accentuer l'aspect recherche et évaluation. Les deux autres initiatives sont ressorties de sessions de remue-méninges, mais celles-ci doivent être développées et implémentées via le mécanisme rigoureux et scientifique des Unités cliniques apprenantes. Un résumé des trois initiatives proposées est présenté ci-dessous :

1) *Programme de maintien à domicile des aînés vulnérables*

Le programme de Maintien à domicile des aînés vulnérables vise l'amélioration de la qualité de vie et la satisfaction des aînés les plus vulnérables et à risque en offrant des soins et des services de qualité, intégrés, centrés sur la personne, accessibles, et adaptés à leurs besoins spécifiques et ce dans leur milieu de vie. Ce programme vise ainsi à réduire les répercussions de l'utilisation inappropriée des services du système de soins de santé. Ce programme est déjà mis en place à Vitalité mais nous planifions d'ajouter un aspect recherche et consolider le volet évaluation. Les objectifs opérationnels et les indicateurs de rendement du programme ont déjà été développés et reflètent les concepts de santé, de satisfaction, de performance du système et de satisfaction des professionnels de la santé. Les indicateurs de performance consistent en la mesure du nombre de visites à l'urgence pour des niveaux de triage 4 et 5, du nombre d'hospitalisation, de la durée de séjour d'hospitalisation et du nombre de jours d'hospitalisation de niveau de soins alternatif (NSA).

2) *Hôpital de jour gériatrique*

Le but de cet hôpital est d'optimiser les services de santé pour la population vieillissante souffrant de maladies chroniques multiples, de problèmes de mobilité, de troubles cognitifs et/ou d'isolation sociale. Cet hôpital se veut un endroit où la clientèle âgée, fragile ou en perte d'autonomie a accès à une évaluation gériatrique interdisciplinaire en mode ambulatoire. Ce centre offre aussi des services de réadaptation si le besoin se présente.

Les objectifs de ce centre sont :

- Offrir une évaluation gériatrique complète et interdisciplinaire au même endroit à l'intérieur d'un jour;
- Offrir des services de réadaptation dans le but d'augmenter ou de maintenir l'état fonctionnel et la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en résidence;
- Répondre rapidement aux consultations des médecins de famille avec une évaluation médico-sociale pour les situations critiques, en vue d'éviter les visites à l'urgence;
- Assurer une gestion interdisciplinaire pour la personne âgée en un seul endroit;
- Diminuer les risques pour les personnes âgées.

La population ciblée est les personnes âgées de 65 ans et plus, à risque ou avec perte d'autonomie et vivant dans la communauté. Les raisons de références à cet hôpital de jour peuvent inclure : troubles cognitifs, troubles de la mobilité / chutes; perte d'autonomie; polymédication; malnutrition. Le médecin de famille ou un autre professionnel

de la santé sera en mesure de référer le patient. L'équipe interdisciplinaire compte des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des travailleurs sociaux et des membres d'autres disciplines au besoin.

3) Trajectoire pour les soins de fin de vie en foyer de soins

Le but de ce groupe de travail sera d'établir des critères de transfert d'un résident en foyer de soins niveau 3 ou 4 vers le service d'urgence d'un hôpital. Puisque chaque foyer de soins niveau 3 ou 4 a un médecin associé, il est important d'établir la trajectoire de soins afin que le résident soit vu au bon moment à la bonne place. De plus, ce groupe de travail aura pour but de rassembler toutes les parties prenantes de cette trajectoire de soins par exemple le PEM, le réseau de santé Horizon ou les diverses associations de foyers de soins pour la mise en place d'une approche concertée pour les patients et leur famille.

Les objectifs de ce groupe de travail sont :

- Établir une trajectoire de soins pour les résidents des foyers de soins niveau 3 et 4;
- Outiller les directions de foyer de soins et les urgentologues sur les critères de transfert des résidents des foyers de soins niveau 3 ou 4;
- Diminuer les visites à l'urgence pour des situations non urgentes (4 ou 5 sur l'échelle de priorisation de l'urgence).

3.2 Quelle est la question posée par la recherche appliquée à laquelle vous essayez de répondre et quelle est votre hypothèse?

Question posée : Est-ce que l'implantation à Vitalité de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés va favoriser sa transformation en une organisation apprenante, tout en lui permettant de procurer des soins de santé appropriés aux aînés qui soient : centrés sur le patient; priorisent les bonnes pratiques cliniques basées sur les données probantes; réduisent les coûts au système et promeuvent l'innovation tout en mettant l'accent sur une culture d'amélioration continue et de mesure de la performance?

Hypothèse : L'Unité clinique apprenante sur la santé des aînés va permettre à Vitalité : de transformer et améliorer la culture organisationnelle en lien avec la mission universitaire et dans l'offre de services et de soins de santé adaptés aux aînés dans ses établissements et en communauté; de diminuer les écarts de pratique cliniques et de résultats cliniques chez les patients aînés par la mise en œuvre d'approches efficaces et adaptés au contexte des réalités de cette population; et de diminuer les coûts sur le système de santé.

3.3 Décrivez le ou les buts et le ou les objectifs précis du projet.

Le but du projet est de transformer le système de santé actuel en un système de santé apprenant afin d'assurer un virage vers des soins de santé primaires renouvelés, ainsi qu'un accès équitable à des services et soins de santé basés sur des données probantes pour la population du N.-B., plus spécifiquement la population aînée de notre province. L'amélioration proposée visera le triple objectif en matière de santé : meilleure santé, meilleurs soins et meilleure valeur pour les aînés, tout au long de leur continuum de soins. Les objectifs généraux du projet sont :

1) Développer et mettre en place les structures nécessaires à la création et au déploiement de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés. Afin de répondre à cet objectif, nous mènerons une analyse de l'environnement à l'interne et à l'externe du Réseau de santé Vitalité afin d'avoir un portrait clair des services, des

ressources humaines et matérielles et des initiatives en cours entourant la santé des aînés, dans le but de regrouper les joueurs clés et d'assurer un alignement stratégique entre ceux-ci. Nous validerons si les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés ressentent le besoin d'une transformation du système actuel pour qu'il soit mieux adapté aux besoins de la population vieillissante et s'ils sont réceptifs au changement proposé par l'implantation de l'Unité Santé des aînés. Nous mettrons en place les éléments permettant l'implication de ces personnes clés dans la création de l'Unité Santé des aînés, y compris les patients et partenaires stratégiques à l'intérieur et à l'extérieur de Vitalité.

2) Identifier et valider les écarts en matière de santé à tous les niveaux du continuum de santé des aînés et déployer des solutions pour les réduire ou les éliminer. Nous soutiendrons le comité principal de l'Unité Santé des aînés dans une analyse exhaustive des données disponibles sur la situation des aînés au N.-B. dans le but d'identifier les écarts au niveau des indicateurs de santé populationnelle, des résultats cliniques et des pratiques cliniques en lien avec les aînés. Nous faciliterons la priorisation des écarts identifiés et mènerons des revues systématiques de la littérature pour identifier des bonnes pratiques ou des approches innovantes pour s'y attaquer. Nous procéderons par la suite au co-développement et au déploiement à petite échelle de nouvelles approches ou à l'adaptation d'approches existantes à la réalité de notre population aînée.

3) Évaluer l'implantation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés et en mesurer les impacts au niveau des patients aînés, de l'organisation et du système. Nous adopterons une approche de recherche mixte (qualitative et quantitative) afin de mener une évaluation de programme à grande échelle et de mesurer la performance des initiatives découlant de l'implantation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés. L'évaluation et les mesures de performance seront mises en place en considérant les dimensions du triple objectif pour la santé soit la qualité des soins, la santé des patients et les coûts-bénéfices.

3.4 Approche et méthodologie du projet

- Décrivez comment ce projet sera géré dans son ensemble et qui gèrera chaque aspect majeur du projet.

Nous avons discuté du contexte actuel du système de santé au N.-B. et de l'importance de développer des stratégies spécifiques et ciblées pour améliorer ce dernier afin d'atteindre le Triple objectif en matière de santé. Considérant le virage politique et culturel qu'effectue le Réseau de santé Vitalité pour son organisation, ainsi que les initiatives stratégiques qu'il propose d'implanter pour s'attaquer aux défis du système de santé du N.-B. (particulièrement pour la population vieillissante), une opportunité unique se présente pour étudier et évaluer cette transformation organisationnelle en temps réel. Nous adopterons donc une approche de recherche-action qui part du principe que « *c'est par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques utiles pour comprendre et changer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux.* » (Roy et Prévost, 2013). Dans ce type de recherche « *...la théorie supporte l'action ou encore émerge de l'action. La théorie permet ainsi de comprendre et d'agir sur les problèmes réels que l'on rencontre concrètement sur le terrain.* »

Nous proposons d'évaluer l'implantation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés et d'en mesurer l'impact sur la culture organisationnelle de Vitalité et sur les dimensions du Triple objectif chez la population aînée. Pour y arriver, nous adopterons une approche interdisciplinaire, en combinant les domaines de la recherche en sciences de l'application (*Implementation sciences*), en services et politiques de la santé, la recherche organisationnelle (particulièrement la culture organisationnelle et la gestion du changement organisationnel) mais également les domaines de recherche populationnelle et d'économie de la santé pour évaluer les résultats auprès des patients et des efficacités au niveau du système de la santé. De plus, des méthodes d'analyses mixtes seront utilisées. Les données quantitatives obtenues par voie de questionnaires seront entrées dans une base de données via le logiciel SPSS. Des analyses descriptives et corrélationnelles sont prévues. Les données recueillies lors d'entrevues

individuels et de groupe seront transcrites en verbatim. Une analyse thématique des données qualitatives sera effectuée.

Le projet sera déployé en trois phases qui correspondent aux trois objectifs généraux du projet. Il est prévu que ces phases se suivront de façon chronologique, quoiqu'il soit possible que certaines initiatives se déroulent simultanément. La Phase I (Déploiement et opérationnalisation de l'Unité Santé des aînés) sera d'une durée de 12 mois (septembre 2019 - septembre 2020). Cette phase du projet sera gérée principalement par Brigitte Sonier Ferguson (Directrice responsable de l'initiative Unités cliniques apprenantes au Réseau de santé Vitalité) et Martine Poirier (Directrice adjointes responsable de l'initiative Unités cliniques apprenantes), avec l'appui de Mariette Savoie (Gestionnaire du projet d'implantation des Unités cliniques apprenantes), du Dr Denis Pelletier (Co-lead de l'Unité Santé des aînés) et de France Lebreton (Co-lead de l'Unité Santé des aînés). La Phase II (Analyse de la trajectoire de soins des aînés, identification des écarts, priorisation et co-développement des solutions) sera d'une durée de huit mois (novembre 2019 - juillet 2020). Cette phase sera co-gérée par le Dr Denis Pelletier et France Lebreton, avec l'appui de Stéphanie Roy et Marjorie Pigeons (Co-gestionnaires de l'Unité Santé des aînés). La phase III (Évaluation et mesure des résultats) sera d'une durée de 14 mois (janvier 2020 – mars 2021). Cette dernière phase sera menée par les deux co-chercheurs principaux (Brigitte Sonier Ferguson et Dr Paul Hébert), avec l'appui de Martine Poirier et des autres professionnels de recherche qui seront impliqués dans le projet.

- Décrivez la conception globale du projet, les approches, procédures et méthodes utilisées dans l'étude :

PHASE 1 – DÉVELOPPEMENT

Objectif général 1 : Développer et mettre en place les structures nécessaires à la création et au déploiement de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés. Cette phase comporte deux objectifs plus spécifiques :

Objectif spécifique 1.1 : Mener une analyse de l'environnement à l'interne et à l'externe de l'organisation du Réseau de santé Vitalité afin d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation de l'Unité Santé des aînés. L'objectif ultime de l'analyse de l'environnement est d'identifier les services, les ressources humaines et matérielles et les initiatives en cours en lien avec la santé des aînés.

Groupe ciblé : L'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés.

Approches sélectionnées : Nous mènerons des entrevues semi-dirigées avec des acteurs clés à l'intérieur du Réseau de santé Vitalité (dans les quatre zones) : avec les dirigeants médicaux et membres du département de gériatrie médicale (V.-p. Services médicaux, Directeur médical régional responsable de la gériatrie, Chef du département de gériatrie, gériatres et médecin de famille ayant une spécialité en gériatries); avec les dirigeants et gestionnaires du secteur des services de santé aux aînés (V.-p. responsable, directeur régional, gestionnaires d'unités de soins); et avec les dirigeants et gestionnaires du secteur des soins de santé primaire et services communautaires (V.-p. responsable, directeur régional, gestionnaires). Nous mènerons également des entrevues semi-dirigées avec des acteurs clés provenant de l'extérieur de l'organisation du Réseau de santé Vitalité, dont le Réseau de santé Horizon, le Conseil sur le Vieillissement du Gouvernement du N.-B., le Centre d'étude du vieillissement de l'Université de Moncton, l'Association des aînés francophones du N.-B., le Collectif pour le vieillissement en santé et soins, etc. Nous pourrions aussi rencontrer d'autres acteurs selon la pertinence. Nous nous inspirerons de l'Outil d'évaluation de la préparation organisationnelle au changement (ORCA), l'Outil d'évaluation de la préparation organisationnelle préalable à la mise en œuvre (CARI), et le cadre 3I (3Is Framework) pour développer notre guide d'entrevue. Nous passerons également en revue tous les documents,

sites Web et autre forme de documentation qui porte sur l'offre de services ou de soutien pour les aînés au niveau des localités et de la province

Résultats escomptés : Cet exercice nous permettra de créer un bilan des ressources existantes (« asset map »), en plus d'identifier des lacunes ou des pistes d'amélioration. Nous souhaitons également par le biais de ces entrevues identifier les besoins ressentis par les personnes rencontrées pour une transformation du système actuel pour mieux répondre aux besoins de la population vieillissante et leur réceptivité à des changements pour mieux adapter le système aux besoins des aînés (dont le concept de l'Unité Santé des aînés). Nous désirons également identifier avec eux, les éléments facilitateurs ou les barrières qu'ils pourraient percevoir pour l'implantation d'une telle Unité.

Objectif spécifique 1.2 : Développer les outils et ressources pour appuyer la mise en œuvre de l'Unité Santé des aînés. Afin de faciliter le déploiement de l'Unité Santé des aînés, nous développerons une série d'outils et fournirons des ressources aux membres du comité principal de cette unité.

Groupe ciblé : Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membres du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Comité principal)

Approches sélectionnées : Les outils seront basés sur ceux de l'Alberta Health Services qui ont été développés pour le lancement de leurs SCN. Parmi ces outils on retrouve entre autres un guide pour l'initiation d'un SCN, un outil de priorisation des écarts identifiés, un outil d'évaluation de faisabilité de l'approche choisie pour s'attaquer aux écarts identifiés, et un guide pour faciliter l'implication des patients partenaires. Nous procéderons à une révision de ces outils afin de les modifier et les adapter à notre réalité au Réseau de santé Vitalité. Nous arrimerons également ces outils avec ceux déjà existant dans l'organisation pour la gestion de projet et le programme de patients partenaires. Tous les outils développés seront validés auprès des utilisateurs afin de vérifier leur pertinence et leur utilité.

Résultats escomptés : Nous désirons par cet objectif développer une série d'outils qui faciliteront l'implantation de l'Unité Santé des aînés via une approche standardisée, validée et adaptée à la réalité du Réseau de santé Vitalité.

PHASE 2 – MISE EN ŒUVRE

Objectif général 2 : Identifier et valider les écarts en matière de santé à tous les niveaux du continuum de santé des aînés et déployer des solutions pour les réduire ou les éliminer. Cette phase comporte les trois objectifs spécifiques suivants :

Objectif spécifique 2.1 : Mener une analyse approfondie de la situation actuelle des aînés au sein de la province afin d'identifier les écarts en matière de santé des aînés. Ces données représenteront les niveaux de soins du continuum de la santé des aînés et seront une compilation de données populationnelles, d'indicateurs de la santé, et de données cliniques et administratives. Des exemples de données sont : incidence des facteurs de risque, incidence des maladies chroniques, visites à l'urgence, hospitalisations, durées de séjour à l'hôpital, etc.

Groupe ciblé : Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membres du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Comité principal).

Approches sélectionnées : La collecte et les analyses seront menées par des analystes de données cliniques provenant du secteur de la qualité et mesure de performance de Vitalité, en collaboration avec le Conseil de la santé du N.-B. et NB-IRDT. Nous obtiendrons les données de différentes sources, soit des bases de données existantes (Statistique Canada, Conseil de la santé du N.-B., NB-IRDT et les Réseaux de santé Vitalité et Horizon) et par des processus de consultations auprès de groupes de patients et des communautés. Une fois les écarts identifiés, nous faciliterons la priorisation de ces dernières par le comité principal de l'Unité Santé des aînés par

l'utilisation d'un outil de priorisation afin de s'assurer de l'alignement avec les priorités organisationnelles et provinciales.

Résultats escomptés : Le but de cette collecte de données est d'identifier des écarts en matière de santé, et ce dans tous les niveaux de soins du continuum de santé des aînés. Cette information permettra au comité principal de l'Unité Santé des aînés de valider et prioriser les trois écarts sur lesquels il veut se concentrer et qu'il veut solutionner dans la prochaine année et demie.

Objectif spécifique 2.2 : Mener une revue exploratoire et systématique de la littérature pour l'identification de solutions basées sur des données probantes pour réduire ou éliminer les écarts priorités. Une revue systématique sera effectuée en vue d'avoir un portrait global et complet des données probantes et meilleures pratiques relatives aux trois écarts en matière de santé qui auront été priorités dans le continuum de soins de santé des aînés.

Groupe ciblé : Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membres du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Comité principal)

Approches sélectionnées : Une recherche sera effectuée en utilisant des moteurs de recherche tel MEDLINE, CINAHL, Cochrane ET EMBASE. Les données les plus récentes seront priorités et la recherche se fera en utilisant des mots clés spécifiques. Le bibliothécaire du CHUDGLD sera consulté afin de guider la recherche en utilisant les mots clés les plus appropriés. Vu que nous savons déjà que plusieurs programmes, initiatives et projets n'ont pas été publiés dans des revues scientifiques, il sera primordial de faire une recherche générale sur le Web en vue de trouver des rapports d'organismes ou d'institutions. La consultation de cette littérature grise est nécessaire dans le contexte de notre étude. Au besoin, nous allons contacter directement des instances qui ont développé des interventions ou programmes spécifiques en lien avec les écarts priorités.

Résultats escomptés : Nous souhaitons par le biais de cette revue de la littérature, identifier et/ou valider une solution pour s'attaquer à chacun des trois écarts en matière de santé des aînés qui auront été priorités par le comité principal.

Objectif spécifique 2.3 : Codévelopper et contextualiser les solutions identifiées et assurer leur mise en œuvre. Les solutions identifiées par la revue de littérature seront adaptées et contextualisées afin de développer une intervention ou un programme spécifique pour adresser les écarts en matière de santé touchant notre population aînée au Réseau de santé Vitalité.

Groupe ciblé : Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membres du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Groupe de travail).

Approches sélectionnées : Pour chaque solution identifiée, un groupe de travail sera créé pour coordonner le développement, le déploiement et l'évaluation de l'impact de l'initiative ou du programme ciblant un écart en matière de santé des aînés. La structure de ce groupe de travail sera identique à celle du comité principal de l'Unité Santé des aînés, quoique les membres puissent-être différents. Le groupe sera également mené par une dyade médico-administrative, appuyé d'un coordonnateur de projet et de professionnels de recherche et d'évaluation évaluation. Ce groupe sera responsable du développement d'une charte de projet pour l'initiative ou le programme spécifique. L'implication du patient et de la communauté dans le codéveloppement des solutions sera primordiale afin d'assurer que les intérêts du patient aîné demeurent au centre des approches développées. Ce même groupe sera responsable de la mise en œuvre des initiatives ou programmes et devra travailler de près avec les acteurs sur le terrain pour s'assurer du bon déroulement de ces derniers.

Résultats escomptés : Cet exercice va permettre le développement de trois initiatives ou programmes (dont le Programme de maintien à domicile des aînés vulnérables) qui seront centrés sur les patients aînés et qui répondront aux intérêts de ces derniers en plus de réduire/éliminer les écarts en matière de santé des aînés pour la population aînée desservie par le Réseau de santé Vitalité.

PHASE 3 – ÉVALUATION ET MESURE DES RÉSULTATS

Objectif général 3 : Évaluer l'implantation et l'impact de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés. Cette phase comporte les trois objectifs spécifiques suivants :

Objectif spécifique 3.1 : Évaluer l'implantation de l'Unité Santé des aînés.

Groupe cible : L'équipe de coordination de l'implantation de l'Unité; Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membres du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Comité principal).

Approches sélectionnées : Nous évaluerons le processus d'implantation de l'Unité Santé des aînés (Figure 3) en adoptant une approche qualitative pour explorer la nature, l'acceptabilité et le contexte des adaptations réalisées lors du processus d'implantation. Des entretiens semi-dirigés seront menés auprès des intervenants et parties prenantes directement impliqués dans la conception ou le déploiement de l'Unité Santé des aînés. Un guide d'entretien sera élaboré à partir d'indicateurs d'une implantation de qualité et des facteurs pouvant l'influencer (*Quality Implementation Tool*, Meyers et al. 2012), tout en considérant les éléments spécifiques du processus d'implantation de l'Unité Santé des aînés (Figure 3). Les indicateurs seront liés à la quantité et la qualité des activités menées lors de l'implantation, ainsi que la présence ou non d'adaptations au processus d'implantation original. L'équipe de coordination de l'Unité sera invitée à compléter une grille détaillant chaque élément/activité du processus d'implantation de l'Unité en fonction du contenu, du mode d'animation et la durée attendus. L'équipe devrait indiquer le degré d'avancement de chaque activité, c'est-à-dire 1) réalisée, 2) réalisée avec modifications ou, 3) non-réalisée. L'équipe devra préciser la durée réelle de l'activité et, le cas échéant, commenter les adaptations effectuées.

Résultats escomptés : Nous désirons par cet exercice mener un processus d'implantation de l'Unité Santé des aînés qui sera efficace et répondra aux standards de qualité établis, et qui sera soutenu par une évaluation exhaustive du processus d'implantation.

Objectif spécifique 3.2 : Évaluer les impacts de l'Unité Santé des aînés au niveau organisationnel. Par cet objectif, nous désirons évaluer les impacts de la mise en oeuvre de l'Unité Santé des aînés au niveau de l'organisation des soins de santé au Réseau de santé Vitalité. Le changement organisationnel, la culture organisationnelle, l'impact sur le personnel et le taux de satisfaction face à l'Unité santé des aînés sont des aspects qui seront évalués.

Groupes cibles : L'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés dans le Réseau de santé Vitalité. Ceci inclut la haute direction (l'équipe de leadership), les gestionnaires, le personnel soignant, etc.

Approches sélectionnées : Les impacts seront évalués selon des indicateurs spécifiques qui auront été spécifiés dans la charte de projet. Des exemples d'approches sont des entretiens semi-dirigés avec les acteurs internes et externes, des sondages, des questionnaires de satisfaction, des questionnaires pré-post (de changement), des questionnaires sur les connaissances, etc. Des questionnaires et outils ont déjà été pré-sélectionnés et comprennent des questions sur les politiques et pratiques qui appuient l'engagement du public et des patients, la culture participative, l'influence et l'impact, les collaborations et les objectifs communs et les réflexions générales sur le sujet. Les données seront analysées; des statistiques qualitatives et quantitatives seront utilisées pour celles-ci.

Résultats escomptés : Nous désirons déterminer si un changement de culture organisationnel a eu lieu, si l'engagement au niveau de la mission universitaire, la recherche et la formation est accentuée, si des

collaborations ont vu le jour, si nous remarquons des changements au niveau organisationnel (p.ex au niveau de la gestion des employés).

Objectif spécifique 3.3 : Évaluer les impacts de l'Unité Santé des aînés sur le patient aîné en considérant les dimensions du Triple objectif. Par cet objectif, nous désirons évaluer les impacts de l'Unité Santé des aînés sur les patients aînés qui recevront des services ou des soins de santé dans le cadre de la programmation découlant de l'Unité Santé des aînés. Plus spécifiquement, nous voulons mesurer les résultats en matière de santé en considérant les trois dimensions du Triple objectif : meilleurs soins, meilleure santé, meilleure valeur.

Population cible : Les patients aînés qui recevront des services ou des soins de santé découlant de la programmation de l'Unité Santé des aînés.

Approches sélectionnées : Les impacts seront évalués selon des indicateurs spécifiques qui auront été spécifiés dans la charte de projet lors du développement des initiatives ou programmes pour s'attaquer aux écarts en matière de santé des aînés. Des entretiens semi-dirigés seront menés auprès des patients aînés afin de déterminer leur perception de la qualité des soins offerts via ces initiatives ou programmes et leurs impacts sur leur santé. En plus d'évaluer la perception des patients aînés sur la qualité des soins reçus et sur leur santé, différents indicateurs pourront être mesurés de façons objectives pré et post-implantation des approches ou des programmes qui seront déployés par l'Unité (par exemple : impact sur le nombre de visites à l'urgence; impact sur le nombre et durée des hospitalisations; nombre de réadmissions; nombre de personnes âgées de 65 ans et plus à domicile; etc.). La collecte et l'analyse des données administratives provenant des milieux hospitaliers ou des dossiers de patients seront menés pour mesurer les impacts sur la santé des aînés et permettront de mener des analyses économiques pour déterminer les efficacités au niveau du système.

Résultats escomptés : Que la programmation basée sur des données probantes qui sera livrée par l'Unité Santé des aînés réussisse à réduire ou éliminer les écarts en matière de santé identifiés à différents niveaux dans la trajectoire du continuum de soins des aînés, en respectant les dimensions du Triple objectif.

3.5 Activités, produits livrables et jalons attendus

- Décrivez toutes les activités, les jalons et les résultats attendus pour la durée du projet.
- Veuillez joindre un calendrier de projet (par exemple, GANTT).

Toutes les activités, les jalons et les résultats attendus sont décrits dans les Tableaux 1 et 2 de l'Annexe A. Un échancier sous format de diagramme de GANTT est inclus à l'Annexe B.

3.6 Répercussions individuelles et systémiques

- Décrivez le plan d'évaluation des répercussions proposées des projets au niveau individuel et du système (p. ex. modifications de la demande lors des visites à la salle d'urgence).
- Remplissez l'annexe A ci-jointe – Évaluation et analyse des répercussions.

Notre projet aura des répercussions au niveau du système telles des changements organisationnels au niveau du Réseau de santé Vitalité; des services de plus en plus décentralisés; une meilleure prise en charge des aînés, un engagement accentué des médecins et professionnels de la santé envers la mission universitaire, la recherche et la formation; une diminution des écarts en matière de santé, une réduction des coûts des soins de santé pour les aînés.

Avec la mise en place de l'Unité Santé des aînés, trois initiatives ou programmes seront développés et mis en place. Au niveau individuel, ces initiatives pourront apporter les répercussions suivantes pour la population aînée : services de soins de santé primaires de proximité; meilleure perception de leur santé; diminution du nombre de visites à l'urgence, diminution de réadmission à l'hôpital, diminution du nombre et de la durée des hospitalisations; plus grand nombre de personnes âgées de 65 et plus vivant à domicile, etc. Notons que ces répercussions sont des exemples et peuvent changer selon l'initiative et le programme choisi.

Pour plus de détails, veuillez consulter les tableaux 1 et 2 de l'Annexe A.

3.7 Public primaire et analyse comparative selon le genre¹

- Les responsables de projet doivent suivre la formation ACS+ offerte par la Condition féminine Canada.
- Décrivez le public cible du projet :
 - Qui sera impliqué et influencé par le projet?
 - À qui est destiné le projet?
 - Lorsqu'on examine les résultats proposés pour ce projet, les résultats de la proposition peuvent-ils avoir des répercussions différentes sur les femmes, les hommes, les filles, les garçons et les personnes de diverses identités de genre, que ce soit directement ou indirectement?

En vous basant sur la formation en ACS+, indiquez comment l'équipe du projet intégrera l'analyse comparative selon le genre tout au long du projet. Veuillez consulter les lignes directrices pour une description de l'analyse comparative selon le genre.

- Notre projet est destiné à la population aînée (65 ans et plus) de Vitalité ainsi qu'à l'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé des aînés. Vitalité inclut quatre zones ou régions: Beauséjour, Acadie-Bathurst, Restigouche et Nord-Ouest;
- La population aînée sera touchée par ce projet, mais également les médecins, les professionnels de la santé, les autres types de personnel soignant, les gestionnaires, les décideurs, les chercheurs et d'autres partenaires travaillant en vieillissement;
- Il n'y aura aucune distinction de genre, de culture, de race, de religion etc. dans cette initiative. Vitalité étant bilingue, la documentation fournie sera adaptée à la langue du professionnel de la santé ou du patient (anglais ou français);
- Le genre sera considéré tout au long du développement et de l'implantation de l'initiative. Nous nous assurerons, dans la mesure du possible, qu'un nombre égal d'hommes et de femmes soit représenté dans chaque comité, équipe de travail, entrevue ou groupe de discussion, participation à des sondages, etc.;
- De plus, toutes nos analyses qualitatives et quantitatives seront évaluées quant au genre. Nous misons sur des groupes homogènes quant à la distribution des sexes (50 :50). Nous sommes conscients que la santé des aînés est affectée différemment chez les hommes et les femmes; il est donc prioritaire de prendre en considération le genre dans nos analyses.

¹ L'analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) est un processus permettant de repérer les répercussions des différences entre les sexes sur les résultats des politiques, des programmes et des décisions pour divers groupes de femmes, d'hommes, de filles, de garçons et de personnes de diverses identités de genre, que ce soit directement ou indirectement. Grâce aux ACS, on tient compte du sexe, de même que d'autres facteurs identitaires, comme l'âge, le niveau de scolarité, la langue, la région géographique, la culture et le revenu.

3.8 Portée du projet

Indiquez les aspects clés du projet qui sont compris dans la portée et ce qui est hors de la portée.

Sans objet

Inclus dans la portée : **Sans objet**

Hors de la portée : **Sans objet**

Conseils :

- Des objectifs énoncés clairement et qui concernent directement les centres d'intérêt ou priorités du PPAS.
- Des objectifs spécifiques, mesurables et déterminés dans le temps.
- L'existence d'un lien clair et d'une harmonie entre les buts et objectifs du projet.
- La désignation claire des sources de données ou des activités de collecte requises pour obtenir les paramètres des indicateurs proposés.
- Le calendrier du projet est précis, réalisable et prévoit des jalons clairs et opportuns.
- Les indicateurs proposés permettent de mesurer adéquatement les buts et objectifs.
- Les mesures qui vont au-delà de la simple mesure du degré de satisfaction.
- L'existence d'un lien clair entre les résultats attendus pour les personnes et pour le système.
- Les répercussions claires et quantifiables sur le système, fondées sur une méthodologie solide.
- L'analyse coûts-avantages que permettra la mesure des répercussions du projet sur le système.
- La reconnaissance du fait que les répercussions liées au genre peuvent différer et qu'elles donnent des indications sur la manière d'intégrer l'ACS.

SECTION 4 – Ressources d'équipe

Indiquez les ressources qui travaillent directement sur le projet.

Prénom et nom de famille	Rôle dans le cadre du projet	Investissement en temps (ÉTP ou nombre d'heures par semaine)
Brigitte Sonier-Ferguson	Directrice responsable de l'initiative Unités cliniques apprenantes Co-chercheuse principale	15 hrs/semaine
Martine Poirier	Directrice adjointe responsable de l'initiative Unités cliniques apprenantes	7,5 hrs/semaine
Mariette Savoie	Gestionnaire de projet – Initiative Unités cliniques apprenantes	7,5 hrs/semaine
Dr Paul Hébert	Expert-conseil – Initiative Unités cliniques apprenantes Co-chercheur principal	7,5 hrs/semaine

Pascale Léon	Chercheure associée	7.5 hrs/semaine
Dr Denis Pelletier	Lead médical – Unité Santé des aînés	5 hrs/semaine
France LeBreton	Lead clinico-administratif – Unité Santé des aînés Lead clinico-administratif - Initiative Hôpital de jour	7,5 hrs/semaine
Dre Muriel Berle	Lead médical – Initiative Hôpital de jour	2.5 hrs/semaine
Stéphanie Roy	Lead clinico-administratif - Initiative Maintien des soins à domicile	7,5 hrs/semaine
Dre Lise Babin	Lead médical – Initiative Maintien des soins à domicile	2.5 hrs/semaine
Marjorie Pigeon	Gestionnaire UCA Vieillessement Lead clinico-administrative - Initiative Trajectoire pour les soins de fin de vie en foyer de soins	7,5 hrs/semaine
Dre France Desrosiers	Lead médical - Initiative Trajectoire pour les soins de fin de vie en foyer de soins	2.5 hrs/semaine

SECTION 5 – Budget

Dans cette section, vous devez décrire le budget. Vous devez également remplir la feuille de calcul Excel jointe.

Personnel (exclure personnel pour évaluation et recherche)

TABLEAU RÉCAPITULATIF				
Employés (équivalents temps plein)				
Équipes	Activités	Année 1 (Sept. 2019- Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total salaire (incluant 20% bénéfices)
Équipe de coordination	Mise en œuvre de l'Unité	43,673.00\$	87,346.00\$	131,019.00\$
Comité principal de l'Unité Santé des aînés	Opérationnalisation de l'Unité	45,657.50\$	91,315.00\$	136,972.50\$
Groupes de travail	Mise en œuvre des solutions/initiatives de l'Unité	227,260.50\$	454,521.00\$	681,781.50\$
Entrepreneurs				
Titre	Activités	Année 1 (Sept. 2019- Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total salaire
Expert-conseil	Participe à l'équipe de coordination	89,700.00\$	179,400.00\$	269,100.00\$
Grand total				1,218,873.00\$

Employés (équivalents temps plein) : Titre des postes, rôle dans le cadre du projet, salaire avant les retenues, formule employée pour calculer la somme totale (pourcentage du poste). *Nota* : Présentez une ventilation détaillée des coûts totaux de chaque poste, y compris la part de l'employeur dans le RPC, l'AE, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail, et les vacances.

Équipe de coordination – Unités cliniques apprenantes

L'équipe de coordination est responsable de la mise en œuvre des Unités au sein de Vitalité, dont la première qui sera l'Unité Santé des aînés.

Directrice responsable de l'initiative Unités cliniques apprenantes : Assure la direction du plan global et de toutes les opérations du projet d'implantation des Unités; Assure la résolution de problème pouvant entraver la progression du projet. Le salaire annuel de cette position est de 103,350.00\$. Il est estimé que 0.4 ETP de cette position sera dédié à la direction de ce projet (**24,804.00\$** pour l'année 1 et **49,608.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Directrice adjointe responsable de l'initiative Unités cliniques apprenantes : Supporte la directrice dans ses tâches de supervision du plan global et des opérations du projet d'implantation des Unités; Travail avec l'équipe d'évaluation/recherche afin d'assurer un arrimage entre les activités d'implantation et les objectifs d'évaluation et de recherche. Le salaire annuel de cette position est de 82,238.00\$. Il est estimé que 0.2 ETP de cette position sera dédié à ce projet (**9,869.00\$** pour l'année 1 et **19,738.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Gestionnaire du projet d'implantation des Unités cliniques apprenantes : Assure une surveillance des opérations quotidiennes entourant le projet d'implantation des Unités; Fourni des rapports de progression par rapport au projet d'implantation à la direction. Le salaire annuel de cette position est en moyenne 75,000.00\$. Il est estimé que 0.2 ETP de cette position sera dédié à ce projet (**9,000.00\$** pour l'année 1 et **18,000.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Titres des postes	Heures dédiées par semaine (ETP)	Salaire annuel avant retenue	Bénéfices (20%)	Salaire annuel total
Directrice – Unités cliniques apprenantes	15 heures (0.4 ETP)	41,340.00\$	8,268.00\$	49,608.00\$
Directrice adjointe – Unités Cliniques apprenantes	7.5 heures (0.2 ETP)	16,448.00\$	3,290.00\$	19,738.00\$
Gestionnaire du projet d'implantation Unités cliniques apprenantes	7.5 heures (0.2 ETP)	15,000.00\$	3,000.00\$	18,000.00\$

Comité principal de l'Unité Santé des aînés

Le Comité principal constitue le noyau central de l'Unité. Quoique sa composition ne se limitera pas à des employés de Vitalité, nous décrivons ci-dessous les employés du réseau qui seront impliqués dans le Comité principal.

Lead médical : Assure le leadership stratégique de l'Unité Santé des aînés (avec le Lead clinico-administratif); Facilite l'identification des objectifs stratégiques de l'Unité et le développement de la Feuille de route transformationnelle de l'Unité. Il est estimé que le Lead médical de l'Unité dédiera 5 heures par semaine à l'Unité, au taux de 150\$ / heures (**23,400.00\$** pour l'année 1 et **46,800.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus)

Lead clinico-administratif : Assure le leadership stratégique de l'Unité Santé des aînés (avec le Lead médical); Facilite l'identification des objectifs stratégiques de l'Unité et le développement de la Feuille de route transformationnelle de l'Unité. Cette position sera occupée par un directeur (salaire annuel moyen de 98,000.00\$). Il est estimé que ce directeur dédiera 0.2 ETP à l'Unité (**11,760\$** pour l'année 1 et **23,520.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Gestionnaire : Assure la gestion des opérations quotidiennes de l'Unité Santé des aînés. Le salaire annuel de cette position est en moyenne 75,000.00\$. Il est estimé que 0.2 ETP de cette position sera dédié à l'Unité (**9,000.00\$** pour l'année 1 et **18,000.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Représentants médicaux (un spécialiste en gériatrie et un médecin de famille) : Assure la représentation médicale au sein du Comité principal. Il est estimé que ces représentants auront à participer à deux réunions du Comité principal pour l'année 1 et quatre réunions pour l'année 2, pour un maximum de deux heures par réunion, au taux de 150\$ / heure (**720.00\$** pour l'année 1 et **1,440.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Représentant Professionnels de la santé (un travaillant en santé des aînés et un de la première ligne) : Assure la représentation des professionnels de la santé au sein du Comité principal. Il est estimé que ces représentants auront à participer à deux réunions du Comité principal pour l'année 1 et quatre réunions pour l'année 2, pour un maximum de deux heures par réunion, au taux horaire moyen de 36\$ / heure (**173.00\$** pour l'année 1 et **346.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Décideurs de Vitalité (un du niveau de la direction et un du niveau de la vice-présidence) : Assure la représentation des décideurs au sein du Comité principal. Il est estimé que ces représentants auront à participer à deux réunions du Comité principal pour l'année 1 et quatre réunions pour l'année 2, pour un maximum de deux heures par réunion, au taux horaire moyen de 49\$ / heure pour le représentant du niveau de la direction (**235.00\$** pour l'année 1 et **470.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus) et au taux horaire moyen de 77\$ /

heure pour le représentant du niveau de la vice-présidence (**370.00\$** pour l'année 1 et **739.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Titres des postes	Heures dédiées par semaine (ETP)	Salaire annuel avant retenue	Bénéfices (20%)	Salaire annuel total
Lead médical Unité Santé des aînés	5 heures (0.13 ETP)	39,000.00\$	7,800.00\$	46,800.00\$
Lead clinico-administratif Unité Santé des aînés	7.5 heures (0.2 ETP)	19,600.00\$	3,920.00\$	23,520.00\$
Gestionnaire Unité Santé des aînés	7.5 heures (0.2 ETP)	15,000.00\$	3,000.00\$	18,000.00\$
Représentants médicaux (spécialiste et médecin de famille)	16 heures par année (2 x 8 heures, 4 rencontres par années)	150\$ / heure = 1,200.00\$	240.00\$	1,440.00\$
Représentants Professionnels de la santé (santé des aînés et première ligne)	16 heures par année (2 x 8 heures, 4 rencontres par années)	36\$ / heure = 288.00\$	57.60\$	346.00\$
Décideurs Vitalité (niveau direction et niveau V.-p.)	16 heures par année (2 x 8 heures, 4 rencontres par années)	Direction : 49\$ / heure = 392.00\$ V.-p : 77\$ / heure = 616.00\$	78.40\$ 123.20\$	470.00\$ 739.00\$

Groupes de travail

Les groupes de travail seront responsable pour le développement de trois initiatives ou programmes qui seront centrés sur les patients aînés et qui répondront aux intérêts de ces derniers en plus de réduire/éliminer les écarts en matière de santé des aînés. Comme le comité principal, la composition des groupes de travail inclura des gens provenant de l'extérieur de l'organisation. Cependant, nous limitant la description ci-dessous aux employés de Vitalité. Nous visons la création de trois groupes de travail, donc chaque rôle décrit ci-dessous sera par trois différentes personnes (x 3).

Responsables des groupes – médical (x 3): Assurent la supervision médicale des Groupes de travail avec les Responsables clinico-administratif. Il est estimé que ces Responsables médicaux auront à dédier deux heures par semaine aux groupes de travail au taux de 150\$ / heure (**28,080.00\$** pour l'année 1 et **56,160.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Responsables des groupes – clinico-administratif (x 3): Assurent la supervision clinico-administrative des Groupes de travail avec les Responsables médicaux. Ce rôle sera joué par des gestionnaires de secteur ou d'unité de soins (salaire annuel moyen d'une infirmière gestionnaires 80,000.00\$). Il est estimé que ces Responsables clinico-administratif auront à dédier deux heures par semaine aux groupes de travail au taux horaire moyen de 41\$ / heure (**6,675.00\$** pour l'année 1 et **15,350.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Coordonnateurs de projet (x 3) : Assure une surveillance des opérations quotidiennes et la progression des chartes de projet des groupes de travail ; Fourni des rapports de progression par rapport aux Responsables des Groupes de travail; Travail avec les professionnels de recherche et d'évaluation. Le salaire annuel de cette position est en moyenne 75,000.00\$. Il est estimé qu'un total de 0.6 ETP (22.5 heures) au taux horaire de 38\$ / heures, de

ces positions sera dédié à la coordination des projets des Groupes de travail (**26,676.00\$** pour l'année 1 et **53,352.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus)

Représentants médicaux (spécialiste en gériatrie et un médecin de famille) (x 3) : Assure la représentation médicale au sein des groupes de travail. Il est estimé que ces représentants auront à dédier une heure par semaine aux groupes de travail au taux de 150\$ / heure (**14,040.00\$** pour l'année 1 et **28,080.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Représentants Professionnels de la santé (un travaillant en santé des aînés et un de la première ligne) (x 3) : Assure la représentation des professionnels de la santé au sein des groupes de travail. Il est estimé que ces représentants auront à dédier une heure par semaine aux groupes de travail au taux horaire moyen de 36\$ / heure (**3,370.00\$** pour l'année 1 et **6,739.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus)

Gestionnaire terrains (x 3) : Assurent la mise en œuvre des nouvelles approches ou nouveaux programmes qui seront déployés par l'Unité Santé des aînés (ex : Programme maintien des soins à domicile). Il est estimé qu'un total de 3 ETP au taux horaire moyen de 42\$ / heure seront nécessaire sur le terrain pour assurer le déploiement efficace des approches / programme (**147,420.00\$** pour l'année 1 et **294,840.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Titres des postes	Heures dédiées par semaine (ETP)	Salaire annuel avant retenue	Bénéfices (20%)	Salaire annuel total
Lead médical (x 3)	2 heures (0.05 ETP) x 3 = 6 heures (0.15 ETP) 312 heures par année	150\$ / heure = 46,800.00\$	9,360.00\$	56,160.00\$
Lead clinico-administratif (x 3)	2 heures (0.05 ETP) x 3 = 6 heures (0.15 ETP) 312 heures par année	41 \$ / heure = 12,792.00\$	2,558.00\$	15,350.00\$
Coordonnateur de projet (x 3)	7.5 heures (0.2 ETP) x 3 = 22.5 heures (0.6 ETP) 1170 heures par année	38 \$ / heure = 44,460.00\$	8,892.00\$	53,352.00\$
Représentants médicaux (spécialistes et médecin de famille) (x 3)	52 heures par année x 3 = 156 heures	150\$ / heure = 23,400\$	4,680.00\$	28,080.00\$
Représentants Professionnels de la santé (santé des aînés et première ligne) (x 3)	52 heures par année x 3 = 156 heures	36\$ / heure = 5,616.00\$	1,123.00\$	6,739.00\$
Gestionnaires terrains (x 3)	3 x 37.5 heures (3 ETP)	3 ETP x 81,900.00 / an = 245,700.00\$	49,140.00\$	294,840.00\$

Entrepreneurs (rôle dans le cadre du projet, nombre d'heures de travail par semaine, taux horaire) :

Pour son projet d'implantation des Unités, Vitalité a recourt à un Expert-conseil en matière de système apprenant et en développement d'une mission universitaire. L'Expert-conseil participe au projet d'implantation des Unités de par sa participation dans l'Équipe de coordination. Les honoraires de l'Expert-conseil sont 1,380.00\$ / jour (incluant TPS) pour un minimum 2.5 jour par semaine (**89,700.00\$** pour année 1 et **179,400.00\$** pour année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Titre du poste	Heures dédiées par semaine (ETP)	Honoraires annuel
Expert-conseil	18.75 heures (0.5 ETP)	1,380.00\$ x 2.5 jours = 179,400.00\$

Déplacements – Fournir des détails pour les frais de réunion et de déplacement

TABLEAU RÉCAPITULATIF				
Transport				
Équipes	Activités	Année 1 (Sept. 2019- Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total
Équipe de coordination	Déplacements de l'Expert-conseil Rencontres avec partenaires stratégiques	7,107.00\$	14,214.00\$	21,321.00\$
Comité principal de l'Unité Santé des aînés	Quatre rencontres par année	10,800\$	21,600.00\$	32,400.00\$
Groupes de travail	Présentation au Comité principal	185.00\$	185.00\$	370.00\$
Hébergement				
Équipes	Activités	Année 1 (Sept. 2019- Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total
Équipe de coordination	Déplacements de l'Expert-conseil Rencontres avec partenaires stratégiques	3,600.00\$	7,200.00\$	10,800.00\$
Comité principal de l'Unité Santé des aînés	Quatre rencontres par année	3,600.00\$	7,200.00\$	10,800.00\$
Groupes de travail	Présentation au Comité principal	300.00\$	300.00\$	600.00\$
Repas et frais accessoires				
Équipes	Activités	Année 1 (Sept. 2019- Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total
Équipe de coordination	Déplacements de l'Expert-conseil Rencontres avec partenaires stratégiques	1,125.00\$	2,250.00\$	3,375.00\$
Comité principal de l'Unité Santé des aînés	Quatre rencontres par année	1,300.00\$	2,600.00\$	3,900.00\$
Groupes de travail	Présentation au Comité principal	75.00\$	75.00\$	150.00\$
Grand total				83,716.00\$

Transport (but du voyage; fournir des détails sur le voyageur et à quelle fin) :

Équipe de coordination

Déplacement Ottawa-Moncton : Déplacement de l'Expert-conseil une fois par mois par avion, approximativement 1,000.00\$ aller-retour (**6,000.00\$** pour année 1 et **12,000.00\$** pour année 2) pour réaliser les tâches reliées à son contrat de service avec Vitalité.

Déplacement interprovincial : Déplacement de l'Équipe de coordination pour des rencontres avec des partenaires stratégiques à l'intérieur et à l'extérieur de Vitalité, pour une moyenne de 450km par mois au taux de remboursement de 0.41\$ du km (**1,107.00\$** pour année 1 et **2,214.00\$** pour année 2).

Comité principal de l'Unité Santé des aînés

Déplacement interprovincial : Il est prévu que les quatre rencontres du Comité principal auront lieu dans une des quatre zones de Vitalité. Le Comité principal comptera en moyenne 16 membres. Nous estimons qu'environ 3 / 4 des membres (12) auront à se déplacer quatre fois par année, pour une moyenne de 450km au taux de remboursement de 0.41\$ du km (**10,800\$** pour année 1 et **21,600.00\$** pour année 2).

Groupes de travail

Déplacement interprovincial : Il est prévu que les Responsables des groupes de travail participe à au moins une rencontre du Comité principal pour présenter leurs résultats, ce qui correspondrait un déplacement d'une moyenne de 450km au taux de remboursement de 0.41\$ du km (**185.00\$** pour année 1 et **185.00\$** pour année 2).

Hébergement (nombre de nuits, nombre de participants, tarif des chambres) :

Équipe de coordination

Hébergement à Moncton : Deux nuits d'hôtels par mois pour l'Expert-conseil, moyenne de 150\$ par nuit (**1,800.00\$** pour année 1 et **3,600.00\$** pour année 2).

Hébergement interprovincial : Deux chambres pour une nuit d'hôtel par mois, moyenne de 150\$ par nuit (**1,800.00\$** pour année 1 et **3,600.00\$** pour année 2).

Comité principal de l'Unité Santé des aînés

Hébergement interprovincial : Douze chambres pour une nuit d'hôtel, quatre fois par année, moyenne de 150\$ par nuit (**3,600.00\$** pour année 1 et **7,200.00\$** pour année 2).

Groupes de travail

Hébergement interprovincial : Deux chambres pour une nuit d'hôtel, une fois par année, moyenne de 150\$ par nuit (**300.00\$** pour année 1 et **300.00\$** pour année 2).

Repas et frais accessoires (nombre de repas, nombre de jours, coût; ne doit pas excéder les taux établis par le Conseil du Trésor) :

Équipe de coordination

Repas : Cinq jour de repas lors de déplacements par mois au taux provincial de remboursement de 37.50\$ pour l'Équipe de coordination, incluant l'Expert-Conseil (**1,125.00\$** pour année 1 et **2,250.00\$** pour année 2).

Comité principal de l'Unité Santé des aînés

Repas : Douze jour de repas lors de déplacements, quatre fois par année au taux provincial de remboursement de 37.50\$ (**900.00\$** pour année 1 et **1,800.00\$** pour année 2).

Goûters : Quatre goûters pour les rencontres du Comité principal, 200\$ par goûter (**400.00\$** pour année 1 et **800.00\$** pour année 2).

Groupes de travail

Repas : Deux jour de repas lors de déplacements, une fois par année au taux provincial de remboursement de 37.50\$ (**75.00\$** pour année 1 et **75.00\$** pour année 2).

Fournitures / équipement / loyer et services publics

Fournitures de bureau (papeterie, stylos, enveloppes, impression/copie, affranchissement [courrier ordinaire, messagerie, etc.]) :

Sans objet

Équipement spécial (l'achat ou la location se fait au cas par cas; il faut que l'équipement soit unique et nécessaire pour la réalisation du projet, et il doit être loué au lieu d'être acheté) :

Sans objet

Équipement aux fins du projet (but, type et coût de l'équipement, droits de licence liés au site Web [s'ils font partie du projet global], coût des abonnements requis aux fins du projet) :

Sans objet

Loyer et services publics (le prix du loyer dépend de la superficie utilisée aux fins du projet – fournir le calcul sous-jacent à la somme réclamée) :

Sans objet

Autres (précisez) :

Autres (précisez) :

Autres (p. ex. traduction/interprétation – préciser le but, fournir la description, le tarif ou les frais au prorata) :

Nota : Il importe d'inclure le moins d'éléments possible sous la catégorie « Autres ».

Évaluation et Recherche

Employés et employés contractuels - Il s'agit d'employés dédiés à l'évaluation et à la recherche associées au projet.

TABLEAU RÉCAPITULATIF			
Employés (équivalents temps plein)			
Titre	Année 1 (Sept. 2019-Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total salaire (incluant 20% bénéfices)
Professionnels de recherche (4.2 ETP)	162,612.00\$	325,224.00\$	487,836.00\$
Professionnel d'évaluation (1 ETP)	45,000.00\$	90,000.00\$	135,000.00\$
Entrepreneurs			
Titre	Année 1 (Sept. 2019-Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total honoraires
Professionnel d'évaluation externe		100,000.00\$	100,000.00\$
Grand total			722,836.00\$

Employés (équivalents temps plein : Titre des postes, rôle dans le cadre du projet, salaire avant les retenues, formule employée pour calculer la somme totale (pourcentage du poste). *Nota :* Présentez une ventilation détaillée des coûts totaux de chaque poste, y compris la part de l'employeur dans le RPC, l'AE, la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail, et les vacances.

Professionnels de recherche

Coordonnateurs de recherche (1.2 ETP) : Assurent la gestion et la coordination des activités de recherche au niveau du projet d'implantation des Unités avec l'Équipe de coordination (0.2 ETP dédié à la mise en œuvre de l'Unité Santé des aînés) et au niveau de l'Unité Santé des aînés avec le Comité principal (1 ETP); Assurent une surveillance des Assistants de recherche; Mènent des revues systématiques de la littérature; Mènent des analyses. Ces positions seront occupées par des scientifiques de niveau MSc / PhD avec un salaire annuel moyen de 65,000.00\$ (**46,800.00\$** pour l'année 1 et **93,600.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Assistants de recherche (2 ETP) : Mènent des entretiens; Collectent des données; Mènent des analyses. Ces positions (2 ETP) seront occupées par des scientifiques de niveau BSc / MSc avec un salaire annuel moyen de 41,200.00\$ (**49,440.00\$** pour l'année 1 et **98,880.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Infirmière de recherche (1 ETP) : Mène des interventions de recherche clinique dans le cadre des approches et programmes qui seront déployés par l'Unité santé des aînés, selon des protocoles de recherche; s'assure de la conformité réglementaire et éthique des interventions de recherche auprès des patients (Santé Canada, Bonnes pratiques cliniques, etc.); assure le suivi des patients de recherche; administre des questionnaires cliniques standardisés; mène des examens physiques standardisés; mène des revues de dossiers de patients et des collectes de données cliniques. Le salaire annuel moyen pour cette position est de 73,125.00\$ (**43,872.00\$** pour l'année 1 et **87,744.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% bénéfices inclus).

Analyste de données cliniques (0.5 ETP) : Mène des analyses de données cliniques pour le Comité principal de l'Unité santé des aînées afin d'identifier les écarts en matière de santé le long de la trajectoire de soins du patient aîné. Le salaire annuel moyen d'un analyste est de 75,000.00\$ (**22,500.00\$** pour l'année 1 et **45,000.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% de bénéfices inclus).

Professionnels d'évaluation

Coordonnateur d'évaluation (1 ETP) : Mène les activités d'évaluation (développement du modèle logique, identification d'indicateurs, etc.) pour les trois initiatives découlant de l'Unité Santé des aînées. Le salaire annuel moyen de cette position est de 75,000.00\$ (**45,000.00\$** pour l'année 1 et **90,000.00\$** pour l'année 2, salaires avec 20% de bénéfices inclus).

Titres des postes	% Temps dédié (Unité Santé des aînées)	Salaire annuel avant retenue	Bénéfices (20%)	Salaire annuel total
Professionnels de recherche				
Coordonnateur de recherche (Équipe de coordination, Implantation des Unités cliniques apprenantes)	20%	65,000.00	13,000.00\$	78,000.00\$ x 20% = 15,600.00\$
Coordonnateur de recherche (Unité Santé des aînées)	100%	65,000.00	13,000.00\$	78,000.00\$
Assistant de recherche (2 ETP)	100%	41,200\$ x 2 = 82,400.00\$	8,240.00\$ x 2 = 16,480.00\$	98,880.00\$
Infirmière de recherche	100%	73,120.00\$	14,624.00\$	87,744.00\$
Analyste de données	50%	75,000.00	15,000.00\$	90,000.00\$ x 50% = 45,000.00\$
Professionnels d'évaluation				
Titres des postes	% Temps dédié (Unité Santé des aînées)	Salaire annuel avant retenue	Bénéfices (20%)	Salaire annuel total
Coordonnateur d'évaluation	100%	75,000.00\$	15,000.00\$	90,000.00\$

Entrepreneurs (rôle dans le cadre du projet, nombre d'heures de travail par semaine, taux horaire) :

Professionnel d'évaluation externe : Mène les activités d'évaluation (développement du modèle logique, identification d'indicateurs, collecte de données, entretiens, analyses, etc.) pour l'ensemble du projet d'implantation des Unités cliniques apprenantes, dont l'Unité Santé des aînées. Nous prévoyons l'embauche d'une firme de consultant en évaluation externe et estimons les honoraires à **100,000.00\$** (pour l'année 2).

Principales activités d'évaluation : Consultations auprès des communautés, groupes de discussion, enquêtes, lieux de réunion, logiciels, etc.

Nota : Assurez-vous que les coûts de personnel associés aux activités d'évaluation sont inclus dans la section précédente et qu'ils sont clairement indiqués.

Sans objet

Déplacements (Fournir des détails pour les frais de réunion et de déplacement)

TABLEAU RÉCAPITULATIF				
Titres	Activités	Année 1 (Sept. 2019- Mars 2020)	Année 2 (Avr. 2020 – Mars 2021)	Total
Professionnels de recherche	Réunions du Comité principal; Déplacements pour collectes de données et entretiens	3,467.00	8,467.00	11,934.00\$

Professionnels de recherche

Coordonnateur de recherche : Le Coordonnateur de recherche pour l'Unité Santé des aînés aura à participer aux quatre rencontres du Comité principal qui auront lieu dans une des quatre zones de Vitalité. Nous estimons aura à se déplacer trois fois par année, pour une moyenne de 450km au taux de remboursement de 0.41\$ du km (553.50\$ pour année 1 et 553.50 \$ pour année 2). Nous prévoyons trois nuits d'hôtel par année (en moyenne 150\$/nuit, 450.00\$ pour l'année 1 et 450.00\$ pour l'année 2), et six jours de repas à rembourser (37.50\$ par jour, 225.00\$ pour année 1 et 225.00\$ pour année 2).

Assistants de recherche : Les Assistants de recherche auront à se déplacer un minimum de quatre fois par année, pour une moyenne de 450km au taux de remboursement de 0.41\$ du km (738.50\$ pour année 1 et 738.50 \$ pour année 2). Nous prévoyons quatre nuits d'hôtel par année (en moyenne 150\$/nuit, deux chambres, 1,200.00\$ pour l'année 1 et 1,200.00\$ pour l'année 2), et huit jours de repas à rembourser (37.50\$ par jour, **300.00\$** pour année 1 et **300.00\$** pour année 2).

Congrès scientifiques : Nous prévoyons un montant global de 5,000.00\$ pour l'année 2 afin de permettre aux chercheurs et professionnels de recherche de présenter les résultats dans des congrès scientifiques (frais d'inscription, déplacements, etc).

Fournitures et équipement (précisez) :

Sans objet

Autres (précisez) :

Nous prévoyons un montant de **10,000.00\$** pour des activités de transfert de connaissances (impressions d'affiches scientifiques, frais de publication, etc.)

SECTION 6 – Signatures		
Rôle	Nom	Signature
Sous-ministre		
Sous-ministre adjoint		
Vice-président(e) (Régies régionales de la santé / collègue) tel qu'approprié	Dre France Desrosiers	
Responsable du projet	Brigitte Sonier Ferguson	
Directeur, Secrétariat du vieillissement		

ANNEXE A : ÉVALUATION ET ANALYSE DES RÉPERCUSSIONS

Tableau 1 : Modèle logique du programme

Objectifs	Intrants (Ressources)	Activités	Extrants prévus (livrables à produire)	Répercussions sur les personnes ou les groupes cibles			Répercussions au niveau du système
				Résultats à court terme	Résultats à moyen terme	Résultats à long terme	
1. DÉVELOPPER ET METTRE EN PLACE LES STRUCTURES NÉCESSAIRES À LA CRÉATION ET AU DÉPLOIEMENT DE L'UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE SUR LA SANTÉ DES AÎNÉS.							
1.1 Mener une analyse de l'environnement à l'interne et à l'externe de l'organisation du Réseau de santé Vitalité afin d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation de l'Unité Santé des aînés.	<p>Groupe ciblé : Toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés;</p> <p>Ressources humaines: Personnel du Bureau d'appui à la recherche et du Bureau de gestion de projet du Réseau de santé Vitalité;</p> <p>Ressources matérielles : Guide d'entretien (basés sur les cadre 3I, ORCA, CARI);</p>	Entretiens semi-dirigés avec les acteurs internes et externes;	<p>Un bilan des acteurs clés et des initiatives ou programmes existants en lien avec la santé des aînés complété;</p> <p>Les personnes impliquées (dir. ou indir.) dans les soins de santé aux aînés sont conscientisés aux données relatives à l'Unité Santé des aînés (besoin de changement reconnu, facilitateurs et barrières à l'implantation sont identifiés)</p>	<p>Les personnes impliquées (dir. ou indir.) dans les soins de santé aux aînés ont accès à un bilan à jours des acteurs clés, services et programmes pour la santé des aînés</p> <p>Les écarts majeurs par rapport aux besoins de programmation pour la santé des aînés sont connus</p>	Les initiatives ou programmes menés par les personnes impliquées (dir. ou indir.) dans les soins de santé des aînés sont alignés non dupliqués	Les personnes impliquées (dir. ou indir.) dans les soins de santé des aînés, dont les aînés eux-mêmes, forment des nouveaux partenariats stratégiques	<p>Le Réseau de santé Vitalité connaît des changements organisationnels et les services de santé sont de plus en plus décentralisés;</p> <p>Meilleure prise en charge des aînés</p> <p>Engagement accru des professionnels de la santé envers la mission universitaire, la recherche et la formation;</p> <p>Diminution des écarts de pratiques cliniques;</p>

	différentes documentations (en ligne et écrites)						Diminution des visites aux urgences et du nombre d'hospitalisations des aînés; Réduction des coûts de soins de santé pour les aînés.
1.2 Développer les outils et ressources pour supporter la mise en œuvre de l'Unité Santé des aînés.	<p>Groupe ciblé : Toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés qui utiliseront les outils (utilisateurs);</p> <p>Ressources humaines : Personnel du Bureau d'appui à la recherche et du Bureau de gestion de projet du Réseau de santé Vitalité; Ressources matérielles :</p>	Revue de la documentation; développement des outils de mise en œuvre des UCA (validation auprès des utilisateurs)	Les outils de mise en œuvre des UCA sont développés et validés par les utilisateurs qui sont les professionnels de la santé	Les outils sont faciles à utiliser et appropriés pour les utilisateurs	Sans objet	La validité et l'efficacité des outils sont confirmés par les utilisateurs	

	La boîte à outils d'Alberta SCN.						
2. IDENTIFIER ET VALIDER LES ÉCARTS EN MATIÈRE DE SANTÉ À TOUS LES NIVEAUX DU CONTINUUM DE SANTÉ DES ÂÎNÉS ET DÉPLOYER DES SOLUTIONS POUR LES RÉDUIRE OU LES ÉLIMINER.							
2.1 Mener une analyse approfondie de la situation actuelle des aînés au sein de la province afin d'identifier et prioriser les écarts en matière de santé des aînés au Nouveau-Brunswick.	<p>Groupe ciblé : les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membres du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Comité principale);</p> <p>Ressources humaines : Personnel du Bureau d'appui à la recherche et du secteur de la mesure de la performance Réseau de santé Vitalité;</p> <p>Ressources matérielles :</p>	Collecte de données; Consultations communautaires (groupes de discussion) auprès des acteurs et organisations clés.	Les écarts sont identifiés et priorisés	<p>Les membres du Comité principal sont alignés par rapport à quels écarts résultats-patients sont prioritaires (trois priorités)</p> <p>Participation active des aînés dans la détermination des écarts prioritaires</p>	<p>Le Comité principal est engagé vers un but commun d'adresser les écarts priorités</p> <p>Les aînés sont activement impliqués dans l'engagement du Comité principal à adresser les écarts en matière de santé des aînés</p>	<p>Le Comité principal ressent une plus grande imputabilité et sentiment de responsabilité sociale envers la population aînée</p> <p>Collaboration renforcée et à bénéfice réciproque entre professionnels de la santé et les patients aînés</p>	

	Base de données de Statistique Canada, Conseil de la santé du N.-B., NB-IRDT, notes et minutes de réunions (groupes de discussion)						
2.2 Mener une revue exploratoire et systématique de la littérature pour l'identification de solutions basés sur des données probantes pour réduire ou éliminer les écarts priorités.	<p>Groupe ciblé : les patients âgés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux âgés membres du Comité principal de l'Unité Santé des âgés;</p> <p>Ressources humaines : Personnel du Bureau d'appui à la recherche</p> <p>Ressources matérielles : Moteurs de recherche;</p>	Méthodologie de revue systématique	<p>Une synthèse des connaissances actuelles est complétée (identification des meilleures pratiques cliniques; Identification des pratiques non-bénéfiques et nuisibles</p> <p>Des solutions pour une réduction ou élimination des écarts priorités sont identifiées</p>	<p>Les membres du Comité principal ont une meilleure compréhension des interventions existantes pour adresser les écarts priorités (forces et faiblesses; succès et échecs; barrières et facilitateurs)</p> <p>Des solutions sont formulées à l'endroit de soins de santé des âgés</p>	<p>Le Comité principal identifie les interventions qui sont réalisables, soutenables et applicables à la réalité des patients âgés du Réseau de santé Vitalité</p> <p>Des interventions visant à améliorer les soins de santé des âgés sont planifiées</p>	<p>Le Comité principal s'oriente vers une mise en œuvre des interventions réalisables identifiées</p> <p>Début d'une réduction des écarts de soins de santé des âgés</p>	

	Bases de données secondaires; Différentes documentations						
2.3 Codévelopper et contextualiser les solutions identifiées et s'assurer de leur mise en œuvre	<p>Population cible : Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés membre du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Groupe de travail).</p> <p>Ressources humaines : Personnel du Bureau d'appui à la recherche et du Bureau de gestion de projet; personnel sur le terrain</p>	Rencontre du groupe de travail, rédaction de la charte de projet	Développement de trois initiatives ou programmes	Les membres du Comité principal entame la mise en œuvre les solutions identifiées pour adresser les écarts priorités	Le Comité principal procède à la mise en œuvre effective et opérationnelle des solutions identifiées	L'efficacité et l'efficience des solutions mises en œuvre sont renforcées, de même que les compétences du Comité principal en la matière	

	Ressources matérielles : Gabarit de charte de projet						
3. ÉVALUER L'IMPLANTATION ET L'IMPACT DE L'UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE SANTÉ DES AÎNÉS.							
3.1 Évaluer l'implantation de l'Unité Santé des aînés	Population cible : L'équipe de coordination de l'implantation de l'Unité; Les patients aînés, la communauté et toutes les personnes impliquées (dir.ou indir.) dans les soins de santé aux aînés membre du comité principal de l'Unité Santé des aînés (Comité principale) Ressources humaines : Personnel d'évaluation de programme (interne et externe) Ressources matérielles : Guide d'entretien,	Entretiens semi-dirigés, collecte de données à partir des grilles d'activités d'implantation	Un rapport d'évaluation qui décrit les résultats de l'implantation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés au sein du Réseau de santé Vitalité	Le processus d'implantation de l'Unité santé des aînés est rigoureusement évalué selon des standards qui assurent une implantation de qualité	Des limites dans l'implantation de l'Unité Santé des aînés sont identifiées et corrigées	L'Unité Santé des aînés est implantée avec succès selon les standards de qualité préétablis Solutions déployées dans les autres zones du Réseau de santé et/ou au niveau provincial	

	grille d'activités d'implantation						
3.2 Évaluer les impacts de l'Unité Santé des aînés au niveau organisationnel	<p>Population cible : L'ensemble des personnes impliquées directement ou indirectement dans les soins de santé aux aînés dans le Réseau de santé Vitalité.</p> <p>Ressources humaines : Personnel d'évaluation de programme (interne et externe)</p> <p>Ressources matérielles : Guide d'entretien, sondage</p>	Entretiens semi-dirigés ou groupe de discussion; collecte de données via des sondages	Un rapport d'évaluation qui décrit les impacts au niveau organisationnel de l'Unité Santé des aînés	L'Unité Santé des aînés est déployée avec succès et suscite un engagement et un engouement au niveau des aînés et des personnes impliqués dans les soins de santé aux aînés qui sont impliqués dans les opérations de l'Unité	Une révision de l'Unité Santé des aînés ainsi que de compétences en la matière est effectuée et d'éventuels besoins d'amélioration au niveau organisationnel sont répertoriés	Les impacts au niveau organisationnel de l'Unité Santé des aînés sont répertoriés	

<p>3.3 Évaluer les impacts de l'Unité Santé des aînés sur le patient aîné en considérant les dimensions du Triple objectif.</p>	<p>Population cible : Les patients aînés qui recevront des services ou des soins de santé découlant de la programmation de l'Unité Santé des aînés. Ressources humaines : Personnel d'évaluation de programme (interne et externe) Ressources matérielles : Guide d'entretien, sondage; Données administratives et cliniques</p>	<p>Entretiens semi-dirigés ou groupes de discussion; collecte de données via des sondages; collecte de données administratives des milieux hospitaliers ou des dossiers de patients; analyses économiques</p>	<p>Un rapport d'évaluation qui décrit les impacts sur le patient aîné</p>	<p>Les aînés bénéficient des services de soins de santé primaires de proximité</p>	<p>Amélioration des soins de santé chez les aînés</p>	<p>Les écarts de résultats-patients identifiés à différents niveaux dans la trajectoire du continuum de soins des aînés qui furent priorités par l'Unité Santé des aînés sont réduits ou éliminés</p>	
---	---	---	---	--	---	---	--

Conseils :

- Lire de gauche à droite, un modèle logique illustre la chaîne de raisonnement ou les énoncés «Si ... alors ...» qui relient les différentes parties du programme.
- Intrants : ressources telles que personnel, financement, espace, etc.
- Résultats attendus : produits immédiats des activités de programme, souvent chiffrés (par exemple, nombre de personnes formées, nombre d'éléments diffusés, nombre d'activités de sensibilisation).
- Les résultats sont les effets attendus du programme.

Tableau 2 : Mesures et données

En utilisant tous les résultats individuels et au niveau du système énumérés dans le tableau 1, remplissez le tableau suivant.

Résultats	Indicateurs (Comment les résultats seront mesurés)	Indicateurs de succès (Niveau de changement prévu en cas de succès)	Méthodes de collecte de données, analyses et calendriers
Les personnes impliquées dans les soins de santé aux aînés ont accès à un bilan à jour des acteurs clés, services et programmes pour la santé des aînés	Un bilan complet rédigé	Un bilan qui contient les sections suivantes est complété : acteurs clés et services/programmes pour la santé des aînés	Entretiens semi-dirigés avec les acteurs internes et externes. Analyse qualitative des résultats. Septembre 2019
Les écarts majeurs par rapport aux besoins de programmation pour la santé des aînés sont connus	Un bilan complet rédigé	Un bilan qui tient compte des écarts majeurs par rapport aux besoins de programmation est rédigé	Entretiens semi-dirigés avec les acteurs internes et externes. Analyse qualitative des résultats. Septembre 2019
Les initiatives ou programmes menés par les personnes impliquées dans les soins de santé des aînés sont alignés et non dupliqués	Un bilan complet rédigé	Un bilan tenant compte des initiatives/programmes et leur alignement	Entretiens semi-dirigés avec les acteurs internes et externes. Analyse qualitative des résultats. Septembre 2019
Les personnes impliquées dans les soins de santé des aînés, dont les aînés eux-mêmes, forment des nouveaux partenariats stratégiques	Nombre de nouveaux partenariats établis	N/A	Dénombrement des activités de partenariat au niveau des personnes impliquées via un sondage.

			Statistiques quantitatives Septembre 2019
Les outils sont faciles à utiliser et appropriés pour les utilisateurs	Outils développés appropriés et faciles à utiliser	N/A	Évaluation des outils (sondage auprès des utilisateurs) Analyse qualitative des résultats. Octobre 2019 – septembre 2020
La validité et l'efficacité des outils sont confirmées par les utilisateurs	Outils développés validés	N/A	Évaluation des outils (sondage auprès des utilisateurs) Analyse qualitative des résultats. Octobre 2019 – septembre 2020
Les membres du Comité principal sont alignés par rapport à quels écarts résultats-patients sont prioritaires	Les écarts prioritaires sont choisis par les membres du Comité principal	3 écarts prioritaires sont choisis	Statistiques descriptives Novembre-décembre 2019
Participation active des aînés dans la détermination des écarts prioritaires	Les aînés ont participé au choix des écarts prioritaires	3 écarts prioritaires sont choisis	Statistiques descriptives Novembre-décembre 2019
Le Comité principal est engagé vers un but commun d'adresser les écarts prioritaires	Engagement des membres du Comité principal formalisé	Tous les membres doivent signer le formulaire d'engagement	Formulaire d'engagement Novembre-décembre 2019
Les aînés sont activement impliqués dans l'engagement du Comité principal visant à adresser les écarts en matière de soins de santé	Engagement des aînés	Les aînés participants doivent signer le formulaire d'engagement	Formulaire d'engagement Novembre-décembre 2019
Le Comité principal ressent une plus grande imputabilité et sentiments de responsabilité	Niveau d'imputabilité et de responsabilité	Augmentation du niveau d'imputabilité et de responsabilité	Entretiens ou groupes de discussion

sociale envers la population aînée			Analyse qualitative des résultats. Novembre-décembre 2019
Collaboration renforcée et à bénéfice réciproque entre professionnels de la santé et les patients aînés	Niveau de collaboration et bénéfiques réciproques	Augmentation du niveau de collaboration et de bénéfiques réciproques	Entretiens ou groupes de discussion Analyse qualitative des résultats. Novembre-décembre 2019
Les membres du Comité principal ont une meilleure compréhension des interventions existantes pour adresser les écarts priorités (forces et faiblesses; succès et échecs; barrières et facilitateurs)	Niveau de compréhension des membres du Comité principal	Augmentation du niveau de connaissance des membres du comité	Sondages pré-post – membres du comité Méthodologie de revue systématique Janvier – mars 2020
Des solutions sont formulées à l'endroit de soins de santé des aînés	Nombres de solutions apportées à l'endroit des soins de santé des aînés	N/A	Statistiques descriptives Janvier – mars 2020
Le Comité principal identifie les interventions qui sont réalisables, soutenables et applicables à la réalité des patients aînés du Réseau de santé Vitalité.	Nombre d'interventions identifiées	N/A	Statistiques descriptives Janvier – mars 2020
Des interventions visant à améliorer les soins de santé des aînés sont planifiées	Nombre d'interventions planifiées	N/A	Statistiques descriptives Janvier – mars 2020
Le Comité principal approuve une mise en œuvre des interventions réalisables	Nombre d'interventions approuvées	N/A	Statistiques descriptives Janvier – mars 2020
Début d'une réduction des écarts de soins de santé des aînés	Nombre d'écarts de soins de santé	Réduction ou élimination des écarts	Statistiques descriptives Janvier – mars 2020

Les membres du Comité principal entament la mise en œuvre des solutions identifiées pour adresser les écarts priorités	Nombre de rencontres du groupe de travail Rédaction de la charte de projet	4 rencontres par année	Statistiques descriptives Avril-juin 2020
Le Comité principal procède à la mise en œuvre effective et opérationnelle des solutions identifiées	Nombre d'interventions mises en œuvre	N/A	Statistiques descriptives Avril-juin 2020
L'efficacité et l'efficience des solutions mises en œuvre sont renforcées, de même que les compétences du Comité principal en la matière	Les compétences du comité principal en la matière sont renforcées	Augmentation du score sur questionnaire	Questionnaire pré-post des compétences Avril-juin 2020
Le processus d'implantation de l'Unité santé des aînés est rigoureusement évalué selon des standards qui assurent une implantation de qualité	Un rapport d'évaluation qui décrit les résultats de l'implantation est rédigé	N/A	Entretiens semi-dirigés, collecte de données à partir des grilles d'activités d'implantation Analyse qualitative des résultats. Janvier 2020 – en continu
Des limites dans l'implantation de l'Unité Santé des aînés sont identifiées et corrigées	Les limites de l'implantations identifiées	N/A	Entretiens semi-dirigés, collecte de données à partir des grilles d'activités d'implantation Analyse qualitative des résultats. Janvier 2020 – en continu
L'Unité Santé des aînés est implantée avec succès selon les standards de qualité préétablis	Les standards de qualité ont été respectés	Comparaison avec les standards préétablis	Standards préétablis Janvier 2020 – en continu
Solutions déployées dans les autres zones du Réseau de santé et/ou au niveau provincial	Nombre d'initiatives ou programmes qui sont déployées à travers la province	Au moins une	Statistiques descriptives Janvier 2020 – en continu

L'Unité Santé des aînés est déployée avec succès et suscite un engagement et un engouement au niveau des patients aînés et des personnes impliqués dans les soins de santé aux aînés	Engagement des aînés et des personnes impliquées est mesuré	Augmentation du niveau d'engagement	Entretiens semi-dirigés ou groupes de discussion; sondages Analyse qualitative et quantitative des résultats. Janvier 2020 – en continu
Une révision de l'Unité Santé des aînés ainsi que de compétences en la matière est effectuée et d'éventuels besoins d'amélioration au niveau organisationnel sont répertoriés	Compétences et besoins d'amélioration identifiés	Augmentation des compétences par rapport aux compétences initiales	Entretiens semi-dirigés ou groupes de discussion; sondages Analyse qualitative et quantitative des résultats. Janvier 2020 – en continu
Les impacts au niveau organisationnel de l'Unité Santé des aînés sont répertoriés	Impacts de l'Unité Santé des aînés sont répertoriés	Amélioration en termes d'efficacité et efficience	Entretiens semi-dirigés ou groupes de discussion; sondages Analyse qualitative et quantitative des résultats. Janvier 2020 – en continu
Les aînés bénéficient des services de soins de santé primaires de proximité	Nombre d'initiatives développées pour améliorer l'accès aux aînés en milieu rural	Si applicable, selon les trois initiatives principales énumérées	Statistiques descriptives Janvier 2020 – en continu
Amélioration des soins de santé chez les aînés	Plusieurs indicateurs seront utilisés selon les initiatives spécifiques. En voici des exemples : Perception de la qualité des soins et de leur santé (aînés); Nombre de visites à l'urgence; Nombre et durée des hospitalisations;	Amélioration des taux spécifiques	Statistiques descriptives à partir de données administratives des milieux hospitaliers ou des dossiers de patients. Janvier 2020 – en continu

	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus à domicile; Nombre de réadmissions...		
Les écarts de résultats-patients identifiés à différents niveaux dans la trajectoire du continuum de soins des aînés qui furent priorisés par l'Unité Santé des aînés sont réduits ou éliminés	Réduction ou élimination des écarts priorisés (reliés aux initiatives ou programmes). Ces trois initiatives seront évaluées individuellement.	Réduction ou élimination des écarts identifiés (reliés aux initiatives ou programmes). Ces trois initiatives seront évaluées individuellement.	Entretiens semi-dirigés ou groupes de discussion; sondages Analyse qualitative et quantitative des résultats. Janvier 2020 – en continu

Tips:

- **Les indicateurs sont spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART)**
- **Les indicateurs peuvent être quantitatifs ou qualitatifs et mesureront le changement**
- **Les mesures du succès aident à démontrer un changement significatif**
- **Les méthodes de collecte de données, analyses et calendriers proposées sont réalistes.**

ANNEXE B : ÉCHÉANCIER / DIAGRAMME DE GANTT

ÉCHÉANCIER

ACTIVITÉS	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	DURÉE EN JOURS	SEPT 19	OCT 19	NOV 19	DEC 19	JAN 20	FEV 20	MAR 20	AVR 20	MAI 20	JUN 20	JUI 20	SEPT 20	OCT 20	NOV 20	DEC 20	JAN 21	FEV 21	MAR 21	
PHASE 1 - Développer et mettre en place les structures nécessaires au déploiement et l'opérationnalisation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés	01/09/2019	01/09/2020	366																			
Objectif spécifique 1.1 - Analyse de l'environnement à l'interne et à l'externe de l'organisation afin d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation de l'Unité Santé des aînés	01/09/2019	01/10/2019	30																			
Objectif spécifique 1.2 - Développer les outils et ressources pour soutenir la mise en œuvre de l'Unité Santé des aînés.	01/10/2019	01/09/2020	336																			
PHASE 2 - Identifier et valider les écarts le long du continuum de soins de santé des aînés et déployer des solutions pour les réduire ou les éliminer.	01/11/2019	01/07/2020	243																			
Objectif spécifique 2.1 – Mener une analyse approfondie de la situation actuelle des aînés au sein de la province	01/11/2019	31/12/2019	60																			
Objectif spécifique 2.2 – Mener une revue systématique de la littérature pour l'identification de solutions basées sur des données probantes pour réduire ou éliminer les écarts prioritaires.	01/01/2020	31/03/2020	90																			
Objectif spécifique 2.3 - Codevelopper et contextualiser les solutions identifiées et les déployer à petite échelle	01/04/2020	30/06/2020	90																			
PHASE 3 - Évaluer l'implantation de l'Unité clinique apprenante Santé des aînés et mesurer les impacts de cette dernière au niveau des patients aînés, de l'organisation et du système	01/12/2019	31/03/2021	486																			
Objectif spécifique 3.1 - Évaluer l'implantation de l'Unité Santé des aînés	01/01/2020	30/09/2020	273																			
Objectif spécifique 3.2 - Évaluer les impacts de l'Unité Santé des aînés au niveau organisationnel	01/07/2020	31/03/2021	273																			
Objectif 3.3 - Évaluation au niveau des patients, en considérant les trois dimensions du Triple objectif (meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur)	01/07/2020	31/03/2021	273																			

ANNEXE C : FIGURES

Figure 1 : L'Unité clinique apprenante dans un système de santé apprenant

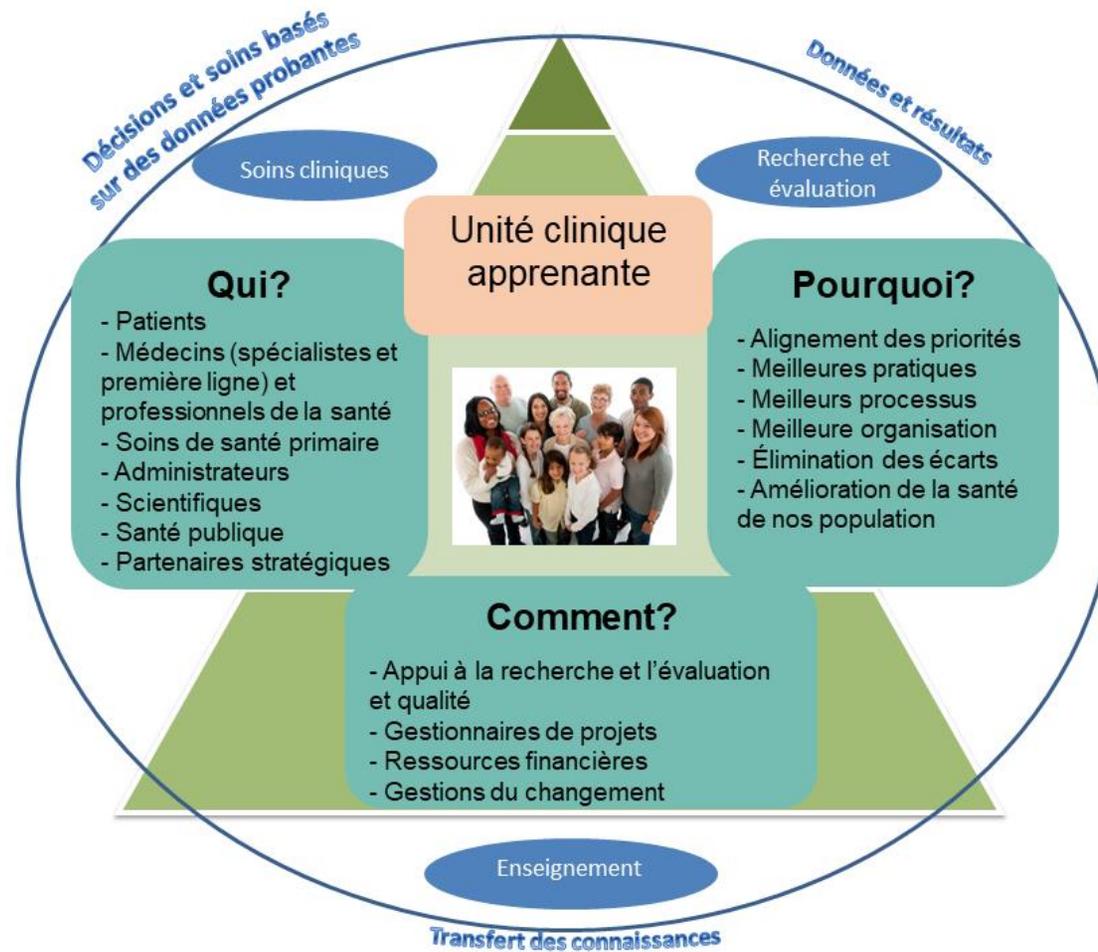


Figure 2 : La structure de l'Unité clinique apprenante

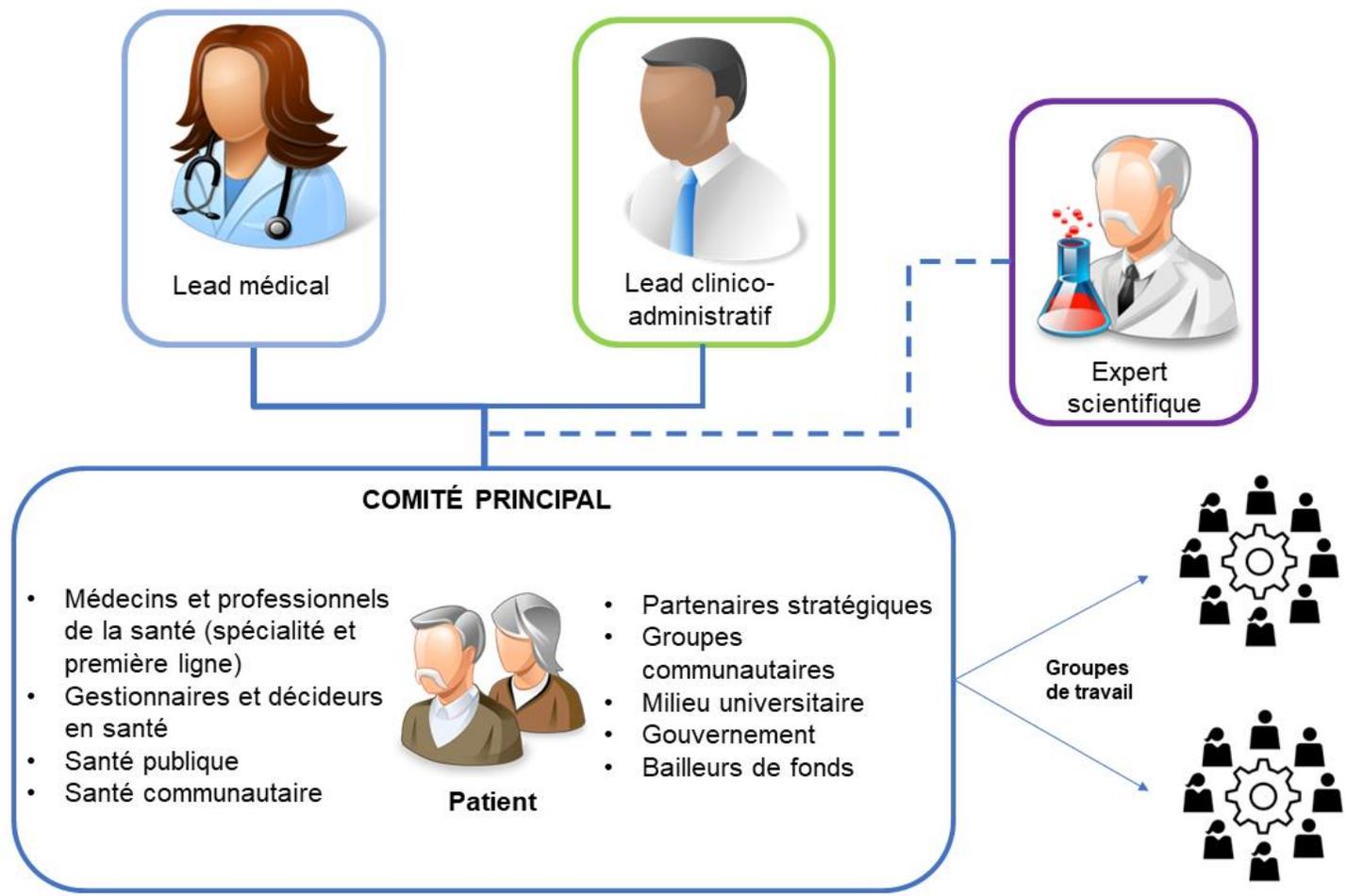


Figure 3 : Le fonctionnement de l'Unité clinique apprenante

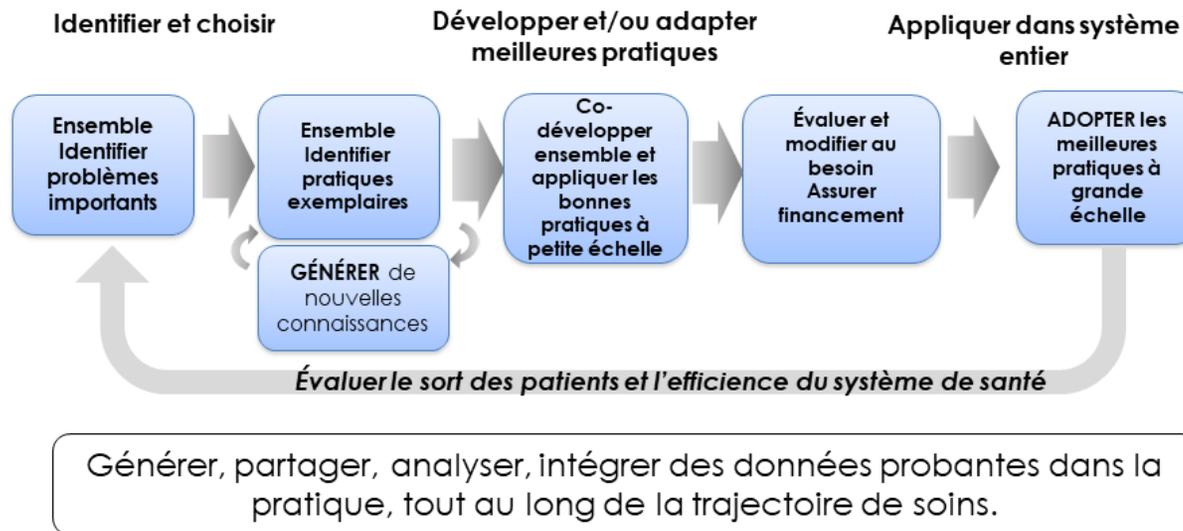
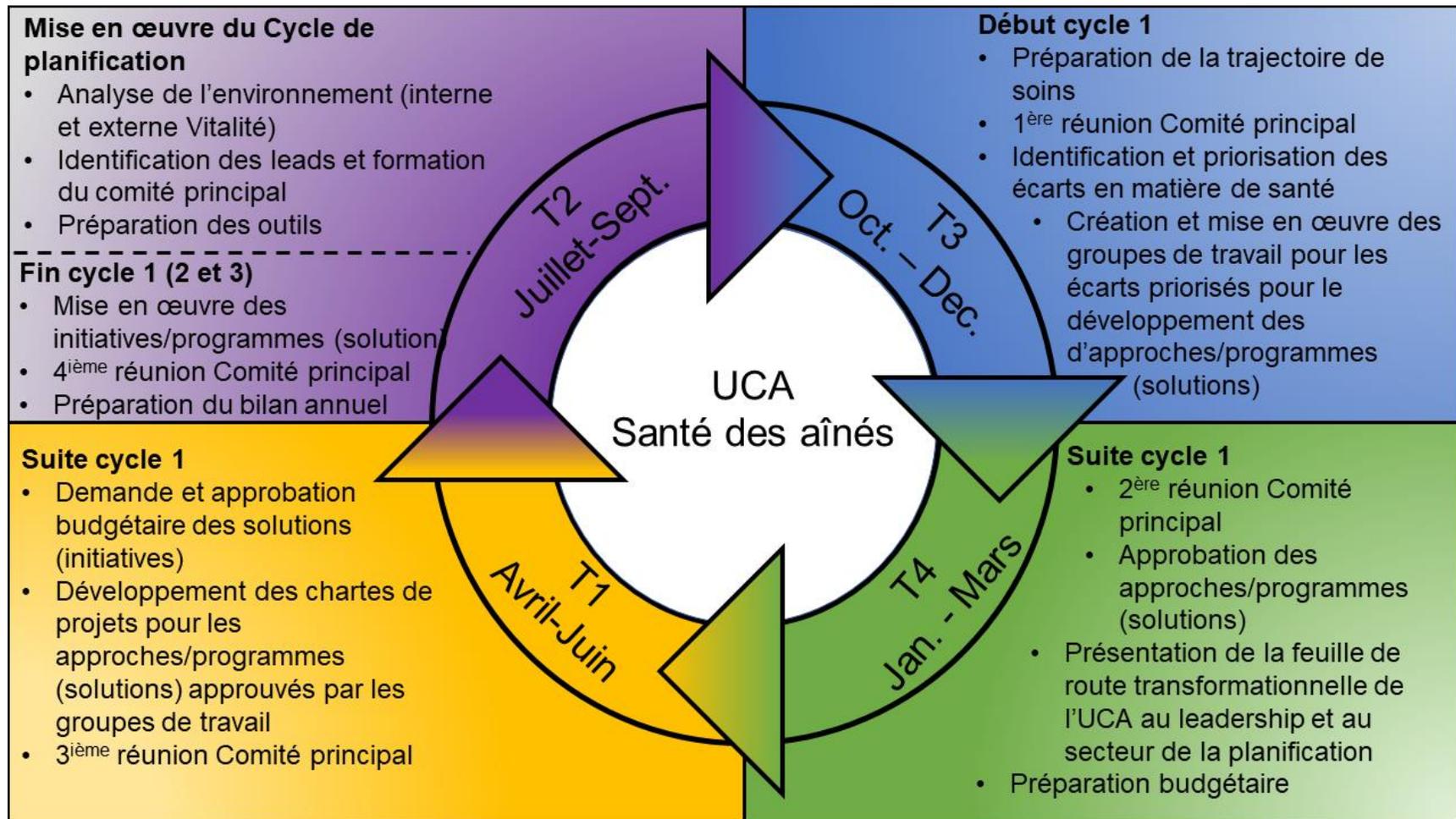


Figure 4 : Le cycle de planification (3 ans) pour la mise en œuvre et l'opérationnalisation d'un Unité clinique apprenante.



ANNEXE D : RÉFÉRENCES

- Bergevin, Y., Habib, B., Elicksen-Jensen, K., Samis, S., Rochon, J., Denis, J.-L. and Roy, D. (2016). Transforming Regions into High-Performing Health Systems Toward the Triple Aim of Better Health, Better Care and Better Value for Canadians. *Healthcare Papers*, 16(1), 34-52.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. and Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Farmanova, E., Kirvan, C., Verma, J., Mukerji, G., Akunov, N. Phillips, K. and Samis, S. (2016). Triple Aim in Canada: developing capacity to lead to better health, care and cost. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 830-837.
- Institute of Medicine (IOM). (2015). *The Learning Healthcare System: Workshop Summary*The Learning Healthcare System: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.
- Lewis, S. and Kouri, D. (2004). Regionalization: making sense of the Canadian experience. *Healthcare Papers*, 5(1), 12-31.
- Marchildon, G. P. (2016). Regionalization: What have we learned? *Healthcare Papers*, 16(1), 8-14.
- New Brunswick Health Council. (2015). *Health System Sustainability in New Brunswick*. Retrieved July 24 2018 from New Brunswick Health Council: https://www.nbhc.ca/sites/default/files/health_system_sustainability_in_new_brunswick_-_july_2015.pdf
- Noseworthy, T., Wasylak, T. and O'Neill, B. J. (2016). Strategic Clinical Networks: Alberta's Response to the Triple Aim. *Healthcare Papers*, 15(3), 49-54.
- Topps, M. and Strasser, R. (2010). When a community hospital becomes an academic health centre. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 15(1), 19-25.

Note d'information – Plan de communication

Titre du comité : Comité stratégique de la recherche et de la formation
Date : 2019-11-18

Décision recherchée

- Aucune décision recherchée

Contexte / Problématique

- La présentation d'une nouvelle capsule sur l'engagement des patients sera présentée.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Sans objet

Considérations importantes

- Sans objet

Suivi à la décision

- Une mise à jour sera présentée au comité à chaque réunion.

Proposition et résolution

- Aucune résolution requise

Soumis le 2019-11-18 par Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation

Cliquer le lien suivant pour visionner la capsule vidéo : <https://we.tl/t-BisVleusuD>

Note d'information – Préparation de la réunion pour la séance de planification stratégique

Titre du comité : Comité stratégique de la recherche et de la formation

Date : 2019-11-18

Décision recherchée

- Consensus auprès du comité sur une approche pour assurer la vigie de la mission universitaire et de son plan d'action dans l'exercice de planification stratégique qui sera mené en décembre.

Contexte / Problématique

- La présidente du comité propose une discussion afin de déterminer les moyens par lesquels le Comité stratégique de la formation et de la recherche peut s'assurer, lors de la prochaine séance de planification stratégique, de faire valoir la mission universitaire et les objectifs qui y sont associés.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Sans vouloir imposer, nous vous avons préparé des exemples de messages clé pour susciter la discussion :
 - o La mission universitaire n'est plus un objectif à atteindre, c'est maintenant une réalité. Cette mission devrait être d'emblée reconnu dans l'image de marque du Réseau de santé Vitalité afin de solidifier l'engagement et la culture organisationnelle.
 - o Les Unités cliniques apprenantes seront les moteurs permettant à l'organisation de devenir une organisation apprenante.
 - o Des mots clés à retenir : Innovation, recherche et évaluation, mesure, données probantes, amélioration continue, qualité, engagement des médecins, co-leadership, patients partenaires, etc.

Considérations importantes

- Sans objet

Suivi à la décision

- Sans objet

Proposition et résolution

- Aucune résolution requise

Soumis le 2019-11-18 par Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation