



Infections respiratoires

PROGRAMME PATIENTS – PROJET RUISSS MCGILL
RAPPORT FINAL 30 JUIN 2025
ALEXANDRA DE POKOMANDY, SONIA LUSSIER, ARACELI GONZALEZ REYES

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce projet PATlenTS :

Équipe SSA – RUISSS McGill : Alexandra de Pokomandy, Sonia Lussier, Samuel Benaroya, Araceli Gonzalez Reyes, Sara Ahmed, Laura MacLaren, Faiz Khan, David Buckeridge, Trace Barnett, Frédérique Poncet, Philippe Lachance, Valérie Grenier.

Comité consultatif des représentants d'établissements RUISSS McGill : Nathalie Boulanger (CSTU), Bessy Bitzas (CCOMTL), Claudine Jacques (CRSSSBJ DG), Davy Lambris (CUSM), Etienne Provost (CISSSO), Kevin McElreavy (COMTL), Martin Dussault (CISSSSMO16), Mylène Gauthier, Stéphanie Sicard-Thibodeau.

Équipe revue littérature:

Sara Ahmed, Anaïs Majewski, Catherine M. Giroux, Lara Nasoutti , Aliki Thomas

Équipe tableau de bord CUSM:

David Buckeridge, Kalash Dave

Équipe COPRI:

Barnett T, Beauchemin-Nadeau ME, Bériault K, Bosoi MC, Boucher MC, Bouhali T, Brodeur M, Brousseau-Foley M, Charbonneau V, Cohen M, Courville-Le Bouyonnec A, Couture Y, Delage B, Del Grande C, de Pokomandy A, Dooley K, Dubé A, Gauthier A, Glaser E, Gonzalez Reyes A, Groulx A, Isabel M, Kaczorowski J, Khanassov V, Kosi Kola Mayamona Y, Laberge M, Langevin S, Lambert L, Larney S, Layani G, Lussier MT, Lussier S, MacLaren L, Morin C, Paquette JS, Picotte ME, Poitras ME, Rhéaume C, Rodrigues I, Schuster T, Sergerie V, Shoucri MR, Talbot A, Todd K, Trépanier E, Valcourt St-Jean E, Zhang S, Danna S, Kleiner B, Chawla S, Martin C, Mokkaddam M, Ania Johnstone.

Équipe RAPPL McGill:

Jeannie Haggerty, Lucie Lambert, Kim Freeman, Jacinthe Dupuis, Frédéric Dion, Raphaela Nikopoulos, Madison Leggatt, AACQ GMF Parc Extension.

Équipe Chatbot CHAMP:

Esli Osmanlliu, Bertrand Lebouché, David Lessard, Jia Lin, Yuanchao Ma.

L'Unité support et ses expertises:

France Lemieux, Rénald Breton, Mylène Lévesque, Myra Drolet, Safa Regragui, Sylvie Noël, Catherine Wilhelmy, Antoine Groulx

PADA: plateforme numérique pour développer des outils d'aide à la décision

CEPPP: parcours d'apprentissage des patients

Contents

1	Le programme PATienTS au RUISSS McGill – démarche	3
2	Explorer – collecte d'informations existantes	7
2.1	Revue de littérature sur les stratégies d'optimisation de la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës en première ligne (Sara Ahmed)	7
2.2	Tableau de bord de l'utilisation de l'urgence du Centre Universitaire de Santé McGill (David Buckeridge)	12
2.3	Cohorte en Soins Primaires (COPRI) – McGill pour mesurer l'hésitation vaccinale contre les infections respiratoires	16
3	Évaluer – les données et résultats avec les parties prenantes	20
3.1	Tableau des indicateurs	20
3.2	Consultations des cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens I – problèmes et solutions...	21
3.3	Cartographie terrain des outils existant pour guider les patients (Livrable #2).....	26
4	Implanter – un outil pour soutenir l'autonomie des patients	30
4.1	Consultations des patients II – Compétences et outils existants	30
4.2	Développement et implémentation d'un guide pour soutenir l'autonomie des patients.....	34
5	Répliquer – développement d'un chatbot pour guider les parents	37
5.1	Chatbot pour guider les parents d'enfants atteints d'une infection respiratoire.....	37
5.2	COPRI provincial – Où consulter?	41
6	Mise à l'échelle	45
6.1	Mise à l'échelle – dépliant pour soutenir l'autonomie des patients	45
6.2	Mise à l'échelle – chatbot pour soutenir l'autonomie des parents	46
7	Récit d'impact.....	48
7.1	Récit d'impact – dépliant pour soutenir l'autonomie des patients	48
7.2	Récit d'impact – chatbot pour soutenir l'autonomie des parents	48

1 Le programme PATienTS au RUISSS McGill – démarche

Développement du programme PATienTS

La stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) est une initiative des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) établie en 2014 dont la Phase 1 (2014 – 2021) a permis d'établir 10 Unités de Soutien à travers le Canada, dont l'Unité Soutien du Québec. L'objectif de la Phase 1 de l'Unité soutien du Québec était d'établir un partenariat entre les RUISSS, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et les Fonds de recherche du Québec (FRQ), de renforcer les capacités en recherche axée sur le patient et en inspirer l'intégration, l'impact souhaité étant l'amélioration de la première ligne grâce à la recherche axée sur le patient. Pour la phase 2 (2021-2026), les objectifs de l'Unité Soutien du Québec sont maintenant de déployer les capacités de la recherche axée sur le patient, intégrer le concept de système de santé apprenant (SSA) et développer la synergie RUISSS – MSSS – FRQ. L'impact souhaité pour la Phase 2 est d'avoir un système de santé qui apprend de ses données et de ses expertises, s'améliorant ainsi de façon continue. Plus précisément, la phase 2 de l'Unité de soutien SSA Québec vise l'amélioration des trajectoires de soins et de services en partenariat.

Un SSA consiste à utiliser les données et l'expertise des personnes intéressées pour guider le développement et l'implémentation d'améliorations aux pratiques clinique dont l'impact peut être ensuite mesuré par le suivi des mêmes données en continu, créant ainsi un cycle continu et dynamique d'amélioration de la pratique. Cette approche requiert l'implication de toutes les parties prenantes concernées par le problème ciblé, et ce partenariat est central au concept du SSA.

Afin de déployer des SSA, une équipe a été formée dans chacun des quatre réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) du Québec en 2022, dans le but de développer des SSA inspirés d'un partenariat entre les expertises cliniques, les savoirs expérientiels et les connaissances en recherche réunies dans chaque RUISSS.

Le programme Partenariats d'Amélioration de Trajectoires de vie et d'Innovation en transition vers la Santé durable (PATienTS) a ensuite été créé (octobre-décembre 2022) pour soutenir des projets ciblant l'analyse et l'amélioration de trajectoires pour des problèmes de santé ou des problématiques spécifiques identifiés comme prioritaires par les RUISSS. Chaque équipe SSA-RUISSS a ainsi développé un premier projet du programme PATienTS, financé sur deux ans (2023-2025). Les projets devaient répondre à des besoins identifiés par des personnes impliquées sur le terrain, et apporter une valeur ajoutée immédiate pour le réseau de la santé et des services sociaux dans la perspective de l'amélioration du quintuple objectif (Figure 1.1).



Figure 1.1 : Quintuple objectif tel que présenté sur le site web de l'Unité de Soutien SSA Québec (<https://ssaquebec.ca/lunite/mission-et-vision/>).

Référence : Programme PATienTS Partenariats d'Amélioration de Trajectoires de vie et d'Innovation en transition vers la Santé durable, Unite SSA 12-12-2022. Propriétaire : Comité exécutif de l'Unité de soutien SSA Québec. Responsable : Antoine Groulx, directeur scientifique Unité SSA.

Projet PATlenTS de l'équipe SSA – RUISSS McGill: les infections respiratoires

2022					2023
Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	
<u>19 Septembre</u> Présentation de la deuxième phase de l'Unité Soutien SSA au comité directeur du RUISSS McGill	<u>24 Octobre</u> Lancement du Programme PATlenTS	<u>28 Novembre</u> Proposition du projet PATlenTS sur les infections respiratoires au comité directeur RUISSS McGill (approuvé)	<u>12 Décembre</u> Version finale du Programme PATlenTS	<u>9 janvier</u> Soumission du projet à l'Unité	

Figure 1.2 : Ligne de temps de l'élaboration du projet PATlenTS pour l'équipe SSA – RUISSS McGill

Le programme PATlenTS vise l'amélioration d'une trajectoire ciblée et prioritaire identifiée avec les RUISSS, et en lien avec les priorités du MSSS. La trajectoire de soins et services est définie comme le parcours que suit une personne entre l'apparition des premiers signes d'un problème de santé (physique, mental, social) et sa stabilisation ou guérison.

La première étape pour élaborer le projet PATlenTS était donc d'identifier une trajectoire ciblée et considérée prioritaire par le RUISSS McGill et en cohérence avec les priorités du MSSS. Quelques options de trajectoires ont été discutées avec les responsables du RUISSS McGill, et la trajectoire de soins liées aux infections respiratoires a finalement été choisie et présentée au comité directeur du RUISSS McGill le 28 novembre 2022 (Figure 1.3). Tous étaient d'accord que les infections respiratoires étaient un enjeu qui faisait alors grand bruit dans les médias et monopolisait déjà beaucoup de temps et d'attention dans tous les établissements du RUISSS McGill.

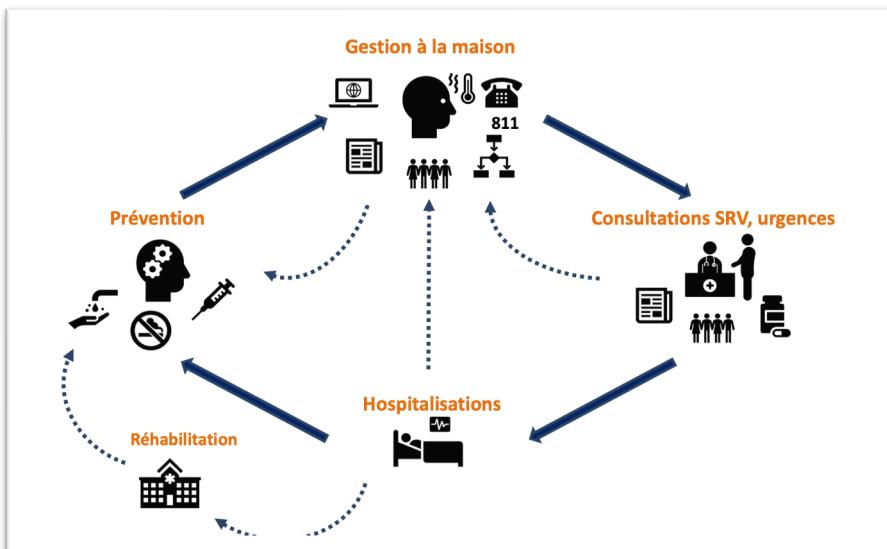


Figure 1.3 : Illustration de la trajectoire de soins liées aux infections respiratoires

L'équipe SSA – RUISSS McGill a ensuite été complétée selon les directives de l'Unité (Figure 1.4). Des membres ayant l'expertise pertinente pour chaque axe de l'Unité SSA, axes représentant les savoirs et expertises requises et au développement d'un SSA ont été identifiés. Un membre représentant le MSSS a été ajouté par la suite. Les membres de l'équipe SSA – RUISSS McGill sont présentés dans le Tableau 1.1. Le projet a ensuite été développé en partenariat avec une perspective sur 2 ans, voir Figure 1.5 résumant la vue d'ensemble du projet PATlenTS de l'équipe SSA – RUISSS McGill.

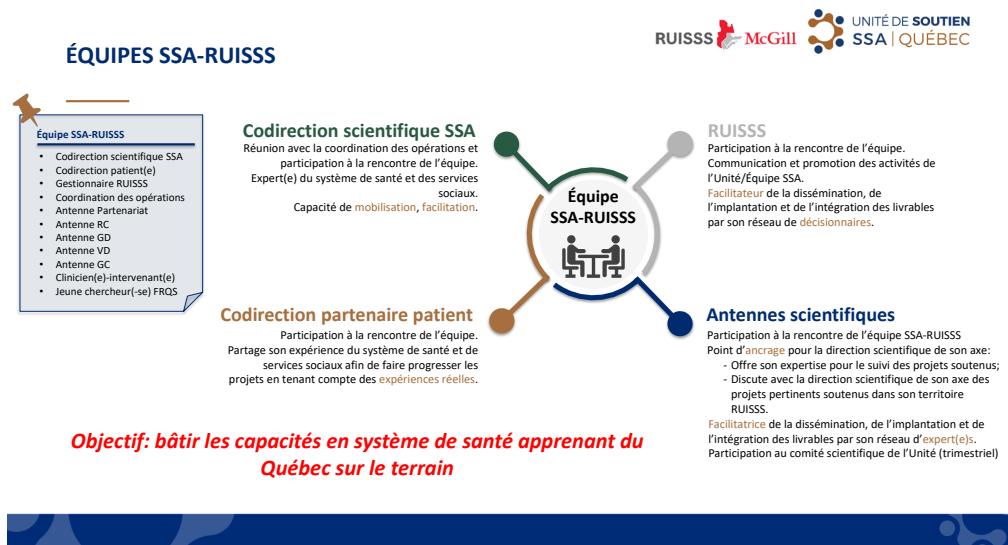


Figure 1.4 : Équipes SSA-RUISS conceptualisées par l'Unité de soutien SSA.

Tableau 1.1 : Membres de l'équipe SSA – RUISSS McGill

Nom	Rôle dans l'équipe du projet PATIENTS du SSA-RUISS McGill
Alexandra de Pokomandy	Codirectrice scientifique
Sonia Lussier	Codirectrice patiente
Samuel Benaroya	Décisionnaire du RUISSS McGill
Rita Ziadé	Gestionnaire du RUISSS McGill
Araceli Gonzalez Reyes	Coordonnatrice
Tracie Barnett	Antenne des axes Partenariat
Paula Bush	Antenne de l'axe Renforcement des capacités
David Buckeridge	Antenne de l'axe Gestion de données
Sara Ahmed	Antenne de l'axe Valorisation de données
Faiz Khan	Antenne de l'axe Gestion du changement
Laura McLaren	Clinicienne du réseau
Frédérique Poncet	Jeune chercheuse FRQS
Philippe Lachance	Représentant du MSSS

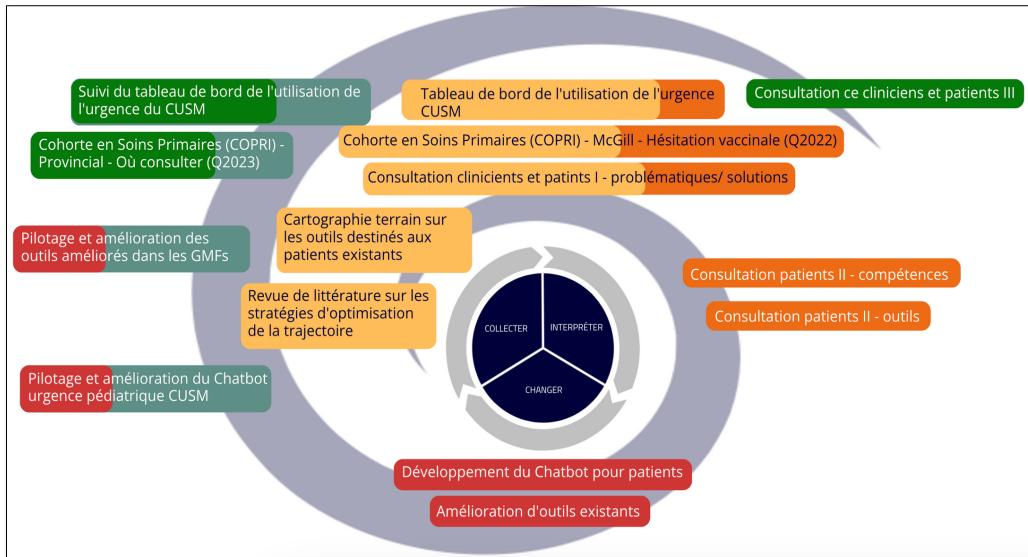


Figure 1.5.1: Vue d'ensemble du projet PATienTS de l'équipe SSA – RUISSS McGill (2023-2025)

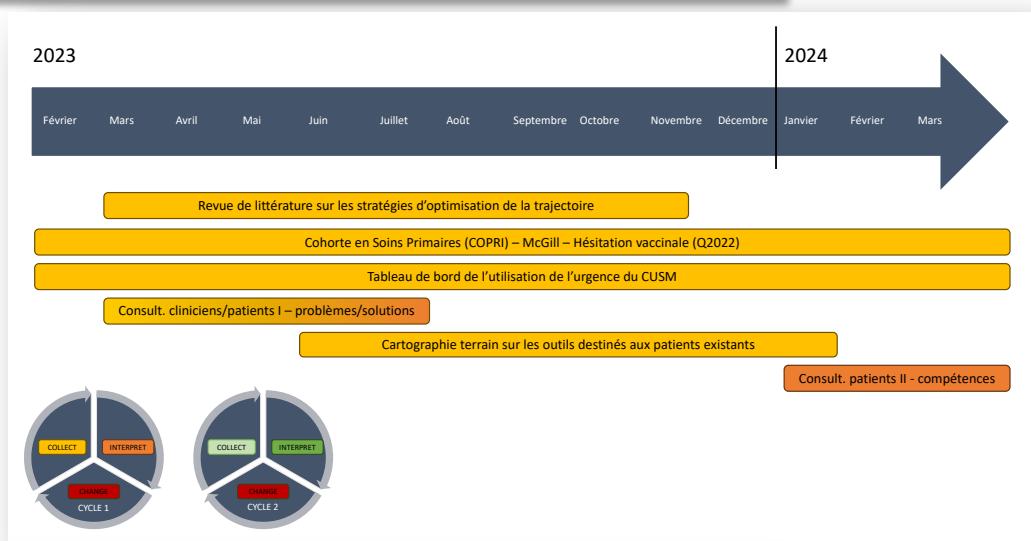


Figure 1.5.2:
Première année du projet PATienTS de l'équipe SSA – RUISSS McGill (2023-2024)

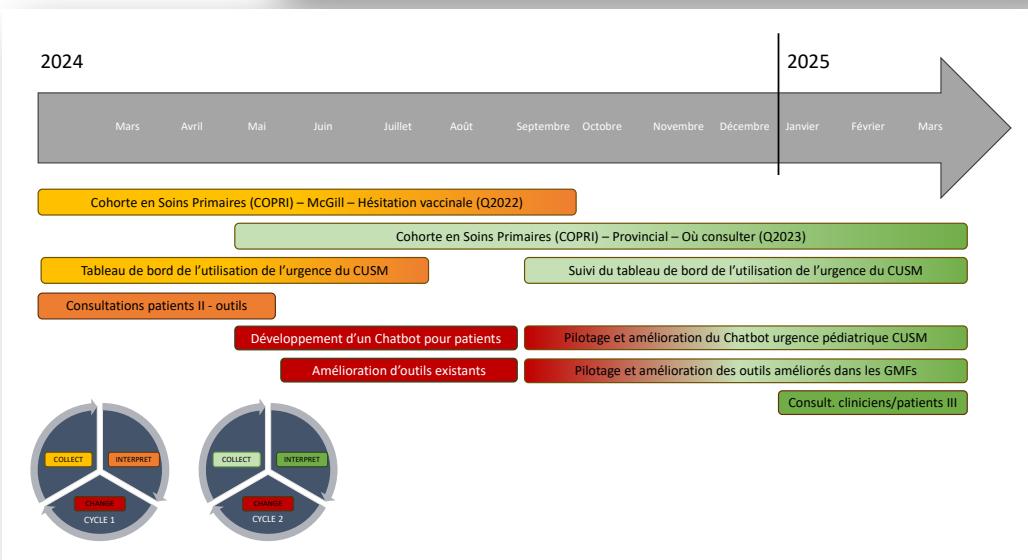


Figure 1.5.3 :
Deuxième année du projet PATienTS de l'équipe SSA – RUISSS McGill (2024-2025)

2 Explorer – collecte d'informations existantes

Une revue de littérature, un tableau de bord de l'urgence du CUSM, et une collecte de données sur l'hésitation vaccinale (COPRI) ont été effectuées.

2.1 Revue de littérature sur les stratégies d'optimisation de la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës en première ligne (Sara Ahmed)

Points clés

1. L'âge, le genre, et les signes cliniques suivants sont à considérer pour les triage des infections respiratoires aiguës, afin de distinguer les pneumonies : toux, dyspnée, douleurs pleurétiques, fièvre ($>=38^{\circ}\text{C}$)/frissons/sueurs, douleurs, tachypnée et les signes localisés lors de l'examen thoracique.
2. Les investigations cliniques peuvent être réservées au triage des patients présentant des niveaux de risques intermédiaires selon l'évaluation clinique.
3. Les investigations cliniques les plus utiles en milieu de première ligne sont les tests pour détecter la COVID-19, l'influenza, la protéine-C réactive, et la radiographie pulmonaire.
4. Certains signaux d'alerte cliniques sont reconnus, mais demeurent avec une faible précision diagnostique lorsque utilisés seuls.
5. Améliorer les habiletés de communication des professionnels de la santé demeure l'intervention la plus efficace pour réduire la prescription d'antibiotiques
6. La méthode de prescription différée d'antibiotiques est sûre et efficace dans la réduction des taux de prescription d'antibiotiques.
7. La coordination des soins est essentielle en contexte de pandémie.
8. La continuité des soins peut être améliorée par l'utilisation de modalités de soins virtuels, des mesures de contrôle des infections ainsi qu'une organisation souple et coordonnée de modèles multisectoriels.

Équipe: Anaïs Majewski (MSc, OT, Research Assistant, Patient Centred Health Informatics Lab, McGill University), Catherine M. Giroux (PhD, Postdoctoral Fellow, Patient Centred Health Informatics Lab, McGill University), Lara Nasoutti (Research Assistant, Patient Centred Health Informatics Lab, McGill University), Alexandra de Pokomandy (MDCM, MSc, Scientific Co-Director, SSA-RUISSS McGill), Araceli Gonzalez Reyes (Coordinator, SSA-RUISSS McGill), Aliki Thomas (PhD, OT (erg.), Associate Professor, McGill University Faculty of Medicine, School of Physical and Occupational Therapy), Sara Ahmed (PhD, PT, Professor, McGill University Faculty of Medicine, School of Physical and Occupational Therapy; Director, Patient Centred Health Informatics Lab)



Contexte : Les infections respiratoires aiguës constituent un problème majeur de santé publique au Canada, affectant des millions de personnes et pesant lourdement sur le système de santé. Les infections respiratoires aiguës comprennent la grippe, le COVID-19, la bronchite aiguë, la rhinosinusite aiguë, la bronchiolite, le rhume, la pharyngite, l'angine streptococcique et d'autres infections affectant le système respiratoire. Au Canada, la prise en charge des affections respiratoires commence par les soins primaires. L'émergence de la COVID-19 en 2019 a mis en lumière les difficultés rencontrées par les soins primaires pour répondre aux besoins de tous les patients présentant des symptômes d'infections

respiratoires. Il n'existe pas de stratégies ou de lignes directrices spécifiques pour optimiser les soins au-delà de la prévention et de la surveillance.

Objectif : L'objectif était de réviser la littérature existante sur les stratégies d'optimisation de la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës en première ligne et en tirer des conclusions afin de formuler des recommandations applicables au système de soins primaires au Canada.

Méthodes : Une revue rapide de la littérature a été réalisée dans le but de fournir une vue d'ensemble des différentes stratégies de prise en charge des infections respiratoires aiguës et de leur efficacité dans le cadre des soins primaires. Un aperçu des principales conclusions de l'analyse est présenté sur la base des 64 articles inclus. La recherche a été limitée à 2010, en partant du principe que les lignes directrices et les réformes en matière de soins de santé primaires évoluent rapidement dans les pays en développement et que, par conséquent, des données significatives et actualisées seraient principalement trouvées au cours des 13 dernières années. Une revue de littérature complète a été effectuée sur OVID-Medline. L'équipe a collaboré avec une bibliothécaire spécialisée (Geneviève Gore) dans les sciences de la santé pour élaborer une stratégie de recherche basée sur les concepts d'interventions de soins primaires et d'infections respiratoires aiguës.

Étant donné que l'objectif de cette revue était de cartographier les interventions qui améliorent les soins primaires dans le contexte des infections respiratoires aiguës, nous avons exclu les articles qui se concentraient principalement sur : (1) les conditions chroniques (c'est-à-dire l'asthme, le COVID long, la maladie pulmonaire obstructive chronique, d'autres conditions respiratoires chroniques), (2) les effets pharmacologiques des médicaments sur les conditions respiratoires, (3) l'efficacité des interventions

sans applicabilité clinique, et (4) les protocoles d'étude. Compte tenu de l'ampleur de la question de recherche, nous avons réduit la recherche en incluant principalement des méta-analyses, des revues systématiques, des revues rapides et des revues de cadrage. L'examen a permis d'identifier 64 publications éligibles à l'inclusion sur les 124 examinés. La figure 2.1 présente l'organigramme PRISMA indiquant quels articles ont été exclus à quelles étapes de la sélection.

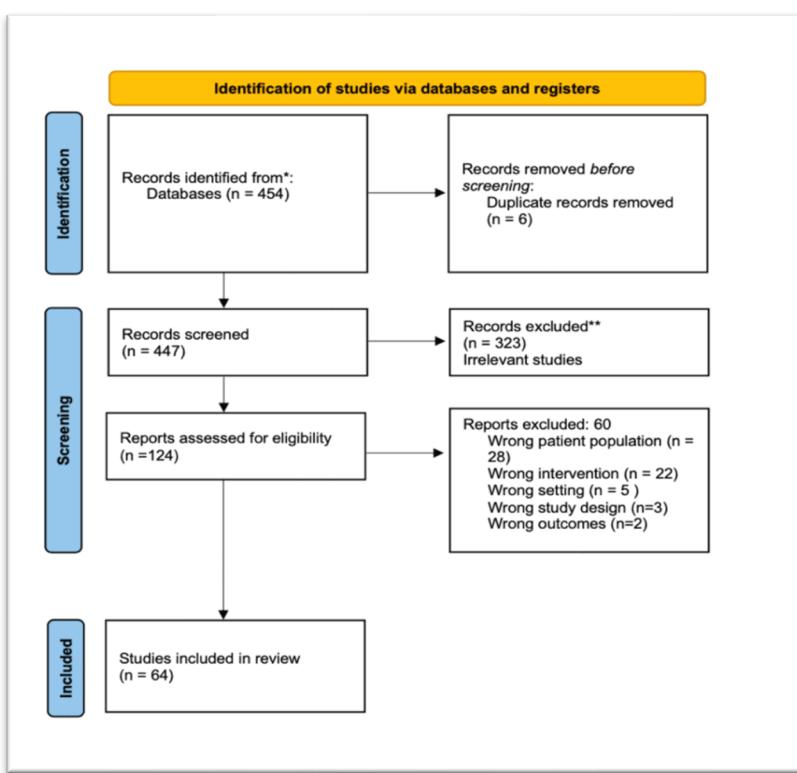


Figure 2.1: Diagramme PRISMA de la revue de littérature rapide sur les stratégies d'optimisation de la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës en première ligne

Résultats : Les principaux résultats ont été classés en trois thèmes principaux et plusieurs sous-thèmes : (1) Diagnostic et dépistage (n=29 articles), (2) Prescription d'antibiotiques (n=16 articles) et (3) Soins de santé intégrés (n=14 articles). La figure 2.2 illustre les thèmes identifiés dans la littérature sélectionnée.

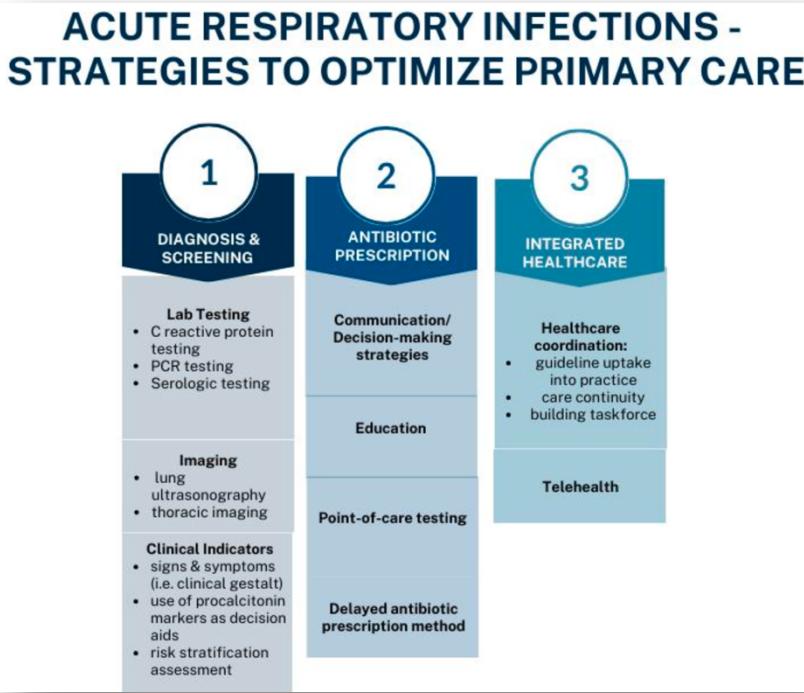


Figure 2.2: Thèmes identifiés de la revue de littérature rapide sur les stratégies d'optimisation de la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës en première ligne

Stratégies liées au diagnostic et au dépistage

Rôle des signes cliniques :

- En plus de l'âge et le genre, les signes cliniques suivants sont à considérer pour le triage clinique des infections respiratoires aiguës, afin de distinguer les pneumonies : la toux, dyspnée, douleurs pleuréthiques, la fièvre (38°C ou plus)/frissons/sueurs, les douleurs, la tachypnée et les signes localisés lors de l'examen thoracique. Pour optimiser l'utilisation de ressources limitées, les tests cliniques peuvent être réservés au triage des patients présentant des niveaux de risques intermédiaires selon les déterminants sociodémographiques et les signes cliniques.
- Les signaux d'alerte cliniques incluent la perte de l'odorat (anosmie) et du goût (agueusie), l'impression clinique de pneumonie, une matité à la percussion pulmonaire, une température mesurée de 38°C ou plus, une tachycardie, une tachypnée et des crépitants à l'auscultation pulmonaires. Cependant, les signes cliniques utilisés seuls ont une faible précision diagnostique.
- Certains algorithmes intégrant les connaissances et les outils ont été développés pour la gestion ambulatoire des cas de COVID-19, incluant un algorithme de triage par télésanté, un algorithme de triage en personne, et un algorithme pour cesser l'isolement à domicile pour la COVID-19. Par contre, l'implémentation de ces algorithmes en milieux cliniques n'a pas été étudiée et leur utilité actuelle demeure incertaine.

Rôle des investigations:

- Les résultats rapportés sont mitigés concernant l'efficacité des différents tests utilisés pour détecter la COVID-19. L'incertitude persiste concernant la sensibilité des tests sérologiques et antigéniques par rapport au test PCR de référence (étalon-or). Cependant, dans le contexte des besoins et des réalités des soins primaires, les tests antigéniques sont moins invasifs, plus faciles à collecter, présentent un risque d'exposition moindre pour le personnel de santé, nécessitent moins de formation de la part du personnel de santé, sont plus facilement disponibles et peuvent être réalisés par le patient lui-même. Cette simplicité d'utilisation peut être avantageuse pour la santé communautaire.
- Concernant les tests spécifiques à l'influenza, une revue de littérature suggère que l'intégration des tests dans les milieux de soins peut contribuer à prévenir la propagation, alléger le fardeau du système de santé et réduire la durée de séjours dans les services d'urgence, améliorant ainsi les issues de santé en général.
- Les preuves sont présentement insuffisantes face à l'utilité des tests moléculaires pour le virus respiratoire syncitial (RSV), mais ces tests pourraient avoir une utilité similaire dans les milieux de soins première ligne.
- La Protéine C-réactive (CRP) et la procalcitonine ont été étudiés pour leur utilité à aider les cliniciens dans le diagnostic des infections respiratoires aiguës, particulièrement pour distinguer les pneumonies acquises en communauté bactériennes. Malgré des résultats parfois mitigés, la CRP demeure plus avantageuse que la procalcitonine vu sa plus grande précision diagnostique, son faible coût, et sa plus grande disponibilité en milieu de soins de première ligne.
- Radiographie pulmonaire : la radiographie pulmonaire est utile pour améliorer la précision du diagnostic de la pneumonie dans les soins primaires. Même si l'échographie pulmonaire offre certains avantages d'utilisation par rapport à la radiographie, les preuves demeurent insuffisantes pour suggérer son utilisation dans les milieux de soins primaires.

Stratégies pour réduire la prescription d'antibiotiques

- Améliorer les habiletés de communication des professionnels de la santé demeure l'intervention la plus efficace pour réduire la prescription d'antibiotiques. Des moyens d'y parvenir incluent des formations pour apprendre réagir à la pression perçue à prescrire, apprendre aux médecins à mieux communiquer face aux attentes de prescriptions et répondre aux inquiétudes des patients. Certaines stratégies par étapes sont suggérées pour aider à la communication aux patients. Cependant, les informations imprimées donnent peu de résultats pour réduire la prescription d'antibiotiques.
- Concernant les compétences des cliniciens, une revue de littérature conclue que les 5 points les plus importants à aborder dans les formations sont 1) permettre aux médecins d'avoir une réflexion sur leurs habitudes de prescriptions, 2) réduire l'incertitude concernant la prise en charge des infections respiratoires aiguës, 3) fournir une formation sur la prescription appropriée, 4) les soins centrés sur le patient, et (5) assurer la faisabilité pratique.
- Les preuves concernant l'utilisation de tests ou de biomarqueurs pour réduire la prescription d'antibiotiques spécifiquement demeurent faible.

- La méthode de prescription différée d'antibiotiques est sûre et efficace dans la réduction des taux de prescription d'antibiotiques. Aucun protocole spécifique n'a été fourni.

Stratégies liées à l'intégration des soins de santé et la télésanté

- La coordination des soins est essentielle en contexte de pandémie. Spécifiquement, la plupart des conclusions réitèrent l'importance de la médecine familiale et de la médecine d'urgence, de la consultation virtuelle, du respect des lignes directrices en matière de soins, de la formation continue des prestataires de soins de santé et des algorithmes de triage pour le COVID-19.
- La continuité des soins peut être améliorée par l'utilisation de modalités de soins virtuels, l'implémentation de mesures de contrôle des épidémies et des infections ainsi qu'une organisation souple et coordonnée de modèles multisectoriels.
- Les données demeurent mitigées sur le bénéfice de la télésanté pour le triage par outils en ligne, consultation téléphonique et de consultation vidéo; d'autres recherches sont nécessaires.

Cette revue a identifié les différentes stratégies visant à optimiser la prise en charge des infections respiratoires aiguës dans le cadre des soins primaires. Les résultats fournissent des preuves (1) de l'importance d'optimiser l'utilisation des investigations cliniques en combinaison à l'évaluation clinique pour établir le diagnostic ; (2) de l'efficacité de la formation aux techniques de communication des cliniciens, et de l'approche antibiotique retardée pour réduire les taux de prescription d'antibiotiques ; et (3) du potentiel des stratégies qui visent à coordonner et à renforcer le système de soins de santé primaires. Toutefois, des lacunes subsistent en ce qui concerne l'implémentation efficace des multiples lignes directrices en milieu clinique, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les recherches sur le processus d'implémentation de ces stratégies dans la pratique.

Citation : Majewski A, Giroux CM, Nassouti L, de Pokomandy A, Gonzales Reyes A, Thomas A, Ahmed S. (2023). Revue rapide de littérature sur les stratégies d'optimisation de la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës en première ligne. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajectoire-de-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

2.2 Tableau de bord de l'utilisation de l'urgence du Centre Universitaire de Santé McGill (David Buckeridge)

Équipe: David Buckeridge, Kalash Dave, Araceli Gonzalez Reyes, Alexandra de Pokomandy

Portrait de l'état initial des trajectoires de soins liées aux infections respiratoires au CUSM : proportion de visites évitables à l'urgence pour les adultes - Avril 2023

Problématique :

Le programme PATIENTS de l'Unité de Soutien SSA Québec du RUISSS McGill vise à mobiliser l'expertise du RUISSS McGill pour améliorer les trajectoires de soins liées aux infections respiratoires. Nous cherchons à décrire les trajectoires actuelles de soins des patients qui se présentent au CUSM avec des infections respiratoires.

Les patients souffrant d'infections respiratoires peuvent éprouver des difficultés à savoir quand et comment accéder aux soins primaires. En parallèle, le système de santé est souvent confronté à une augmentation soudaine des demandes pendant les saisons de pointe des infections respiratoires virales. Des études ont montré que les patients qui n'ont pas un accès adéquat aux soins primaires consultent les services d'urgence pour obtenir ces soins [1-3]. Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures représentaient la 3e cause de visites aux urgences au Canada en 2021-2022, et 99,3 % des visites se sont soldées par une sortie sans hospitalisation [6]. Globalement, >40% des visites aux urgences classifiées triage niveau 4 or 5 au Québec (vs. 23% à l'Ontario, 30% au Canada). [7] Une étude récente des urgences pédiatriques du CUSM a révélé que 38 % des visites aux urgences sur une période de 22 mois pouvaient être virtualisées sur la base de critères de diagnostic et d'utilisation des ressources [5].

Les visites aux urgences peuvent être considérées comme évitables si les patients sont renvoyés chez eux sans avoir subi de tests de laboratoire ou d'imagerie. En plus d'être une utilisation inefficace des ressources qui contribue à la pression sur les urgences, les visites évitables aux urgences exposent les patients à des expériences frustrantes avec le système de santé et peuvent ne pas répondre de manière adéquate à leurs besoins.

Objectifs :

- Décrire la présentation et la trajectoire des soins des patients qui se présentent à l'urgence du CUSM pour des symptômes liés à des infections respiratoires ;
- Quantifier et décrire le nombre de visites aux urgences liées aux infections respiratoires qui sont potentiellement évitables au CUSM.

Méthodes : Un tableau de bord a été créé à partir des données du CUSM afin de présenter des résultats descriptifs (nombres absolus et pourcentages, avec stratification). Toutes les visites aux urgences du CUSM ayant eu lieu au cours des 12 derniers mois (2022-2023) seront incluses. Une comparaison avec les années précédentes sera possible (2018-2022).

Population : Tous les patients qui se sont présentés aux urgences du CUSM avec un code de diagnostic principal indiquant une possible infection des voies respiratoires (tableau 2.1).

Tableau 2.1. Diagnostics liés aux infections respiratoires :

ICD-10-CA 2022 code	Diagnosis
A15 – A19	Tuberculosis
J00 – J06	Acute upper respiratory tract infections
J09 – J18	Influenza and pneumonia
J20 – J22	Other acute lower respiratory infections*
J40 – J47	Chronic lower respiratory diseases*
J98.7	Respiratory infections, not elsewhere classified
R05	Cough
R06.0	Dyspnea
R06.1	Stridor
R06.2	Wheezing
R06.7	Sneezing
R06.8	Other and unspecified abnormalities of breathing
R07.0	Pain in throat
R09.0	Asphyxia, unspecified
R09.1	Pleurisy
R09.3	Abnormal sputum
R09.8	Other specified symptoms and signs involving the circulatory and respiratory systems

*Inclus pour s'assurer que les cas classés à tort comme des infections chroniques ou inférieures sont vérifiés avant d'être exclus.

Le tableau de bord permet les analyses suivantes :

- Présenter le nombre de consultations et la proportion de toutes les consultations aux urgences du CUSM qui ont eu lieu pour des symptômes liés à des infections respiratoires, par mois au cours des 12 derniers mois.
- De toutes les consultations pour des symptômes liés aux infections respiratoires, la proportion de chaque niveau de priorité de triage (P1, P2, P3, P4, P5), idéalement aussi par mois.
- Pour chaque groupe de priorité, la proportion de ceux pour lesquels les mesures suivantes ont été prises, et les variables démographiques par groupe (catégorie d'âge, sexe, inscription auprès d'un médecin de famille, origine des patients qui se présentent, mode d'arrivée) :
 - Observés pendant plus de 24 heures ou hospitalisés.
 - Sortis après avoir vu le médecin.
 - A quitté l'hôpital sans avoir été vu.
- Pour les patients sortis après avoir vu le médecin, par groupe de priorité, la proportion de ceux pour lesquels les mesures suivantes ont été prises :
 - Radiographie du thorax, tomodensitométrie thoracique.
 - Examens de laboratoire.
 - Sortie sans imagerie ni examens de laboratoire
 - Médicaments administrés à l'hôpital avant la sortie
 - Ordonnance remise au patient
- Pour les patients admis, la durée médiane du séjour, la proportion de patients transférés dans un autre établissement ou renvoyés chez eux, et le pourcentage de retour aux urgences ou de réadmission dans les 72 heures.

Résultats

Le tableau de bord a été créé, et permet d'analyser les données selon différents angles pertinents au suivi de l'utilisation des urgences du CUSM (Figures 2.3 et 2.4).

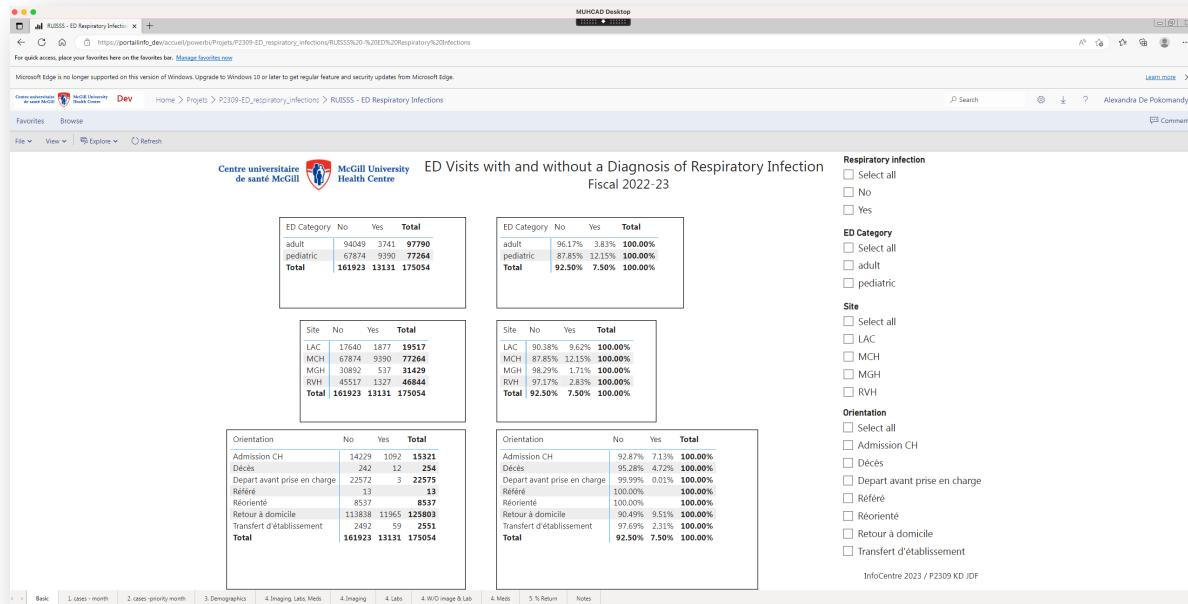


Figure 2.3: Tableau de bord de l'utilisation des urgences du CUSM pour des infections respiratoires (2022-2023).

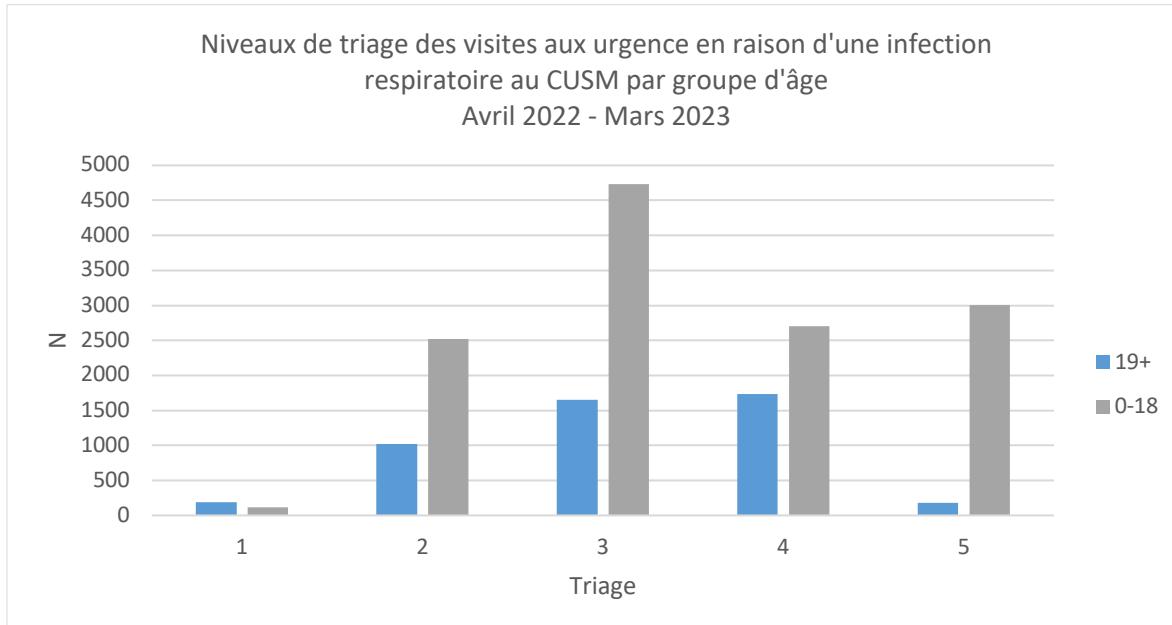


Figure 2.4: La majorité des consultations pour infections respiratoires à l'urgence pédiatrique sont de priorité 3, 4, ou 5.

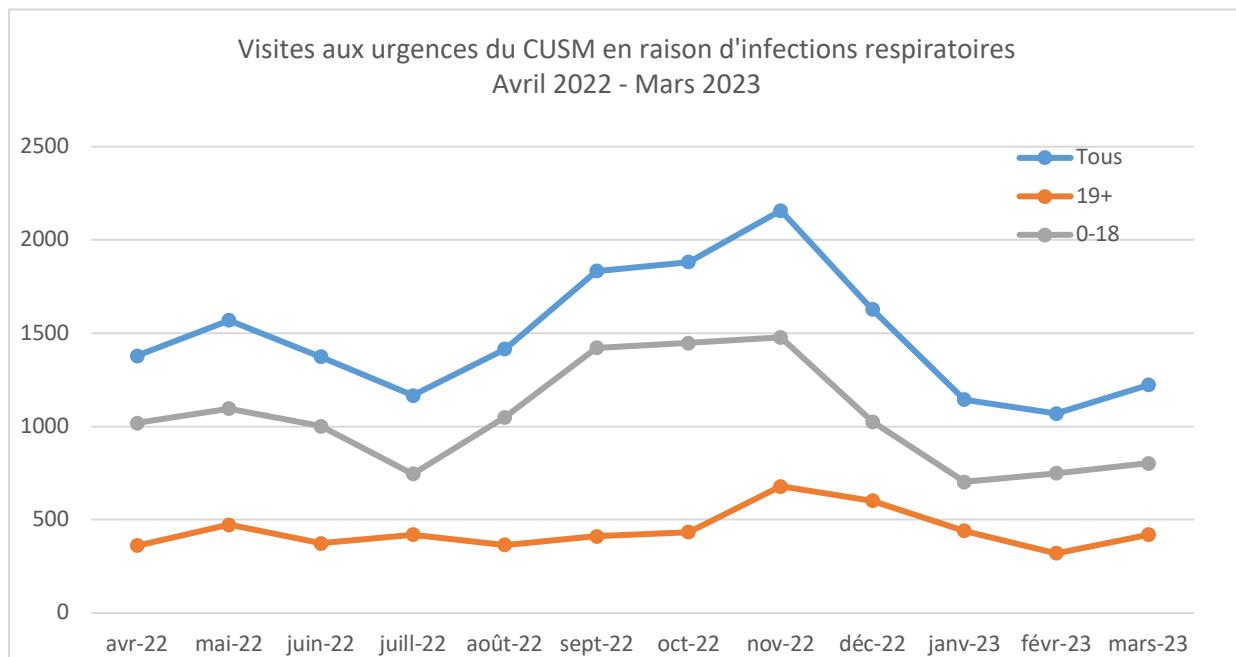


Figure 2.5: La pression saisonnière des infections respiratoires est plus importante à l'urgence pédiatrique que pour adulte, Centre Universitaire de Santé McGill.

References

1. Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Archives of internal medicine*. 2008;168(15):1705-10.
2. Vogel JA, Rising KL, Jones J, Bowden ML, Ginde AA, Havranek EPJJoGIM. Reasons patients choose the emergency department over primary care: a qualitative metasynthesis. 2019;34:2610-9.
3. O'Malley AS. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Affairs*. 2013;32(1):175-83.
4. Yang Y, Yu J, Liu S, Wang H, Dresden S, Luo Y, editors. Predicting Avoidable Emergency Department Visits Using the NHAMCS Dataset. AMIA Annual Symposium Proceedings; 2022: American Medical Informatics Association.
5. Osmanliu E, Burstein B, Tamblyn R, Buckeridge DL. Assessing the potential for virtualizable care in the pediatric emergency department. *J Journal of Telemedicine and Telecare*. 2022;1357633X221133415.
6. Information CIHI. NACRS emergency department visits and lengths of stay by Province/Territory, 2021-2022 (Q1 to Q4) Ottawa, ON: CIHI; 2022.
7. CIHI. visites au service d'urgence et la durée du séjour, d'après les données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), avril 2022 – mars 2023

Comment citer ce rapport : Buckeridge D, Dave K, Gonzalez Reyes A, de Pokomandy A (2023). Tableau de bord de l'utilisation de l'urgence du Centre Universitaire de Santé McGill.

<https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajetoriede-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

2.3 Cohorte en Soins Primaires (COPRI) – McGill pour mesurer l'hésitation vaccinale contre les infections respiratoires

Équipe: A de Pokomandy, A Gonzalez-Reyes, Y Kosi Kola Mayamona, MR Shoucri, L MacLaren, V Khanassov, A Courville-Le Bouyonnec, M Cohen, T Schuster, T Barnett, A Gauthier, pour l'équipe McGill COPRI *



*L'équipe McGill COPRI : Ahktar M, Barnett T, Cohen M, Courville-Le Bouyonnec A, Danna S, de Pokomandy A, Gauthier A, Gonzalez Reyes A, Khanassov V, Kleiner B, Kosi Kola Mayamona Y, Lambert L, Lussier S, MacLaren L, Martin C, Mokkaddam M, Schuster T, Shawanda A, Shoucri MR, Todd K.

La Cohorte en soins primaires (COPRI) est une étude prospective recrutant des adultes suivis dans des GMF à travers le Québec. La cohorte a été créée pour soutenir un système de santé apprenant, impliquant l'engagement des patients-partenaires et des cliniciens, afin d'améliorer les soins primaires. Soutenue et initiée par le Réseau-1 Québec, COPRI se déploie présentement dans les 4 RUISSS du Québec. Mais avant l'étendue de cette initiative au niveau provincial, l'équipe COPRI de McGill avait obtenu un financement des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour étudier l'hésitation vaccinale contre les infections respiratoires. Le Questionnaire COPRI 2022 n'est donc répondu que par des patients suivis dans les GMFs du RUISSS McGill.

Les données collectées dans COPRI incluent des questionnaires et des données cliniques extraites des dossiers médicaux, avec une possibilité d'appariement avec les données provinciales (RAMQ, MedEcho, Registre des vaccins).

Contexte pour la présente étude utilisant COPRI McGill. Les infections respiratoires sont un problème de santé courant qui préoccupe les patients et sollicite les ressources de santé. Les vaccins peuvent prévenir plusieurs infections respiratoires, mais leur utilisation est variable. Pour améliorer les soins de santé préventifs de première ligne, nous devons comprendre l'utilisation des vaccins et le point de vue des patients à ce sujet.

Objectifs

1. Mesurer l'utilisation des vaccins contre les infections respiratoires financés par l'État ;
2. Comprendre l'hésitation à l'égard de ces vaccins dans une population d'adultes suivis dans des groupes de médecine familiale (GMF).

Méthodes. Pour cette étude, les patients sont recrutés dans 7 GMF de McGill; 4 situés à Montréal, et 3 à Châteauguay, Val d'Or et Gatineau (Figure 2.6). Les données utilisées proviennent d'un questionnaire en ligne qui pouvaient être auto-administrés ou remplis avec l'assistance du personnel de recherche. Les analyses sont descriptives et présentées avec des intervalles interquartiles (IQR) ou des intervalles de confiance à 95 % (CI).

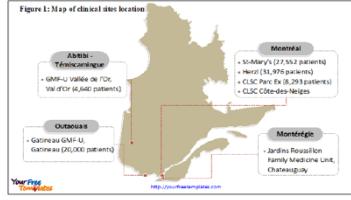
Résultats: Au total, 359 participants ont été recrutés entre octobre 2022 et octobre 2024. De nombreux délais en particulier dus à l'obtention des approbations éthiques et des contrats ont retardés le début du recrutement dans plusieurs sites. Ces résultats ont été présentés par présentation orale à la conférence annuelle North American Primary Care Research Group (NAPCRG) à Québec en novembre 2024, et une publication est en cours d'écriture. Voici les diapositives présentées à NAPCRG.

Results: Characteristics of participants

	Total cohort N = 359	n(%) or median(IQR)
Clinical site		
St-Mary's Family Medicine Clinic (Montreal)	116 (32.3%)	
Herzl Family Practice Centre (Montreal)	102 (28.4%)	
GMF-U Vallée de l'Or (Val d'Or)	42 (11.7%)	
CLSC Côte-des-Neiges (Montreal)	39 (10.9%)	
GMF-U Jardins-Roussillon (Châteauguay)	35 (9.8%)	
CLSC Parc Extension (Montreal)	24 (6.7%)	
GMF-U Gatineau (Gatineau)	1 (0.3%)	
Age	51 (37-68)	
Gender		
Cis man	109 (30.4%)	
Cis woman	245 (68.3%)	
Trans or gender diverse	5 (1.4%)	
Country of birth		
Canada	250 (69.6%)	
Other	106 (29.5%)	
Missing	3 (0.8%)	

COPRI
Cohorte en soins primaires
Cohort in primary care

Figure 1: Map of clinical sites location



<http://www.coprinqc.ca>

NAPCRG
Annual Meeting

Results: Percentage of participants vaccinated

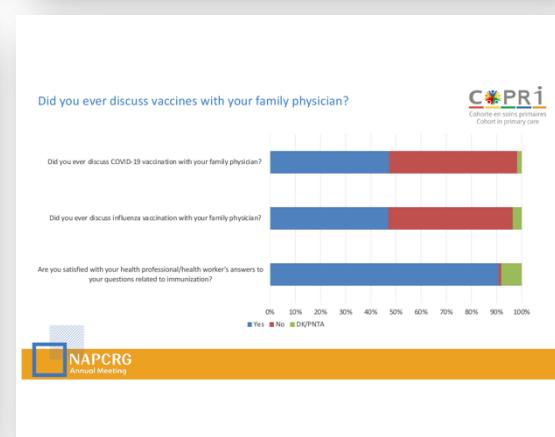
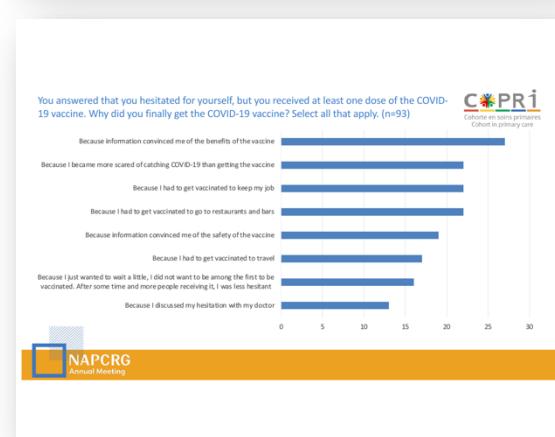
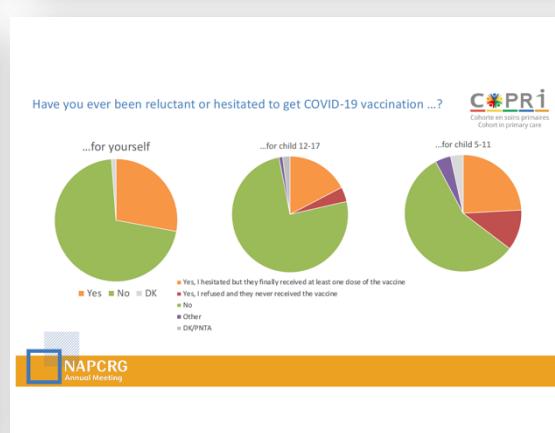
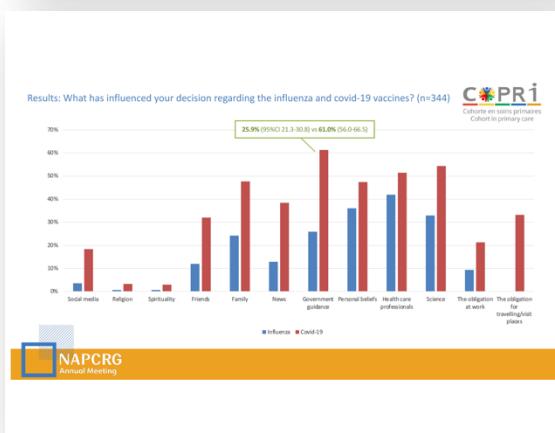
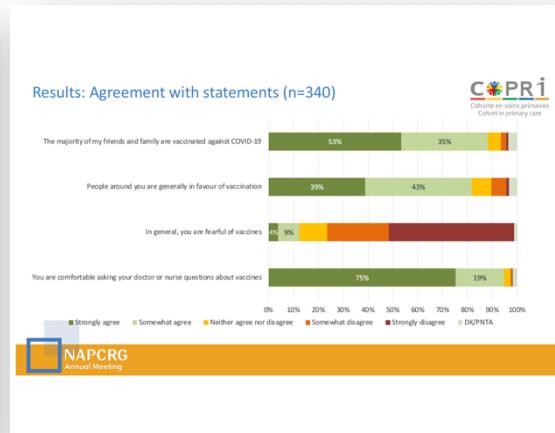
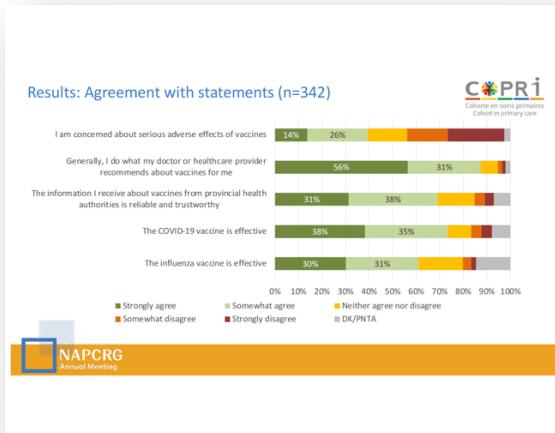
	Total cohort N = 344	Med(IQR) or n(%)	95% Confidence Interval on proportion
Influenza vaccine			
Ever received	245 (71.2%)		[66.1% - 75.9%]
Never received	80 (23.3%)		
DK/PNTA	19 (5.5%)		
Time since last dose (mths) (n=142)	8 (5-11)		
Covid-19 vaccine			
Ever received	338 (98.3%)		[96.2% - 99.4%]
Never received	4 (1.2%)		
DK/PNTA	2 (0.6%)		
Time since last dose (mths) (n=188)	9 (5-19)		
Total doses received			
1	3 (0.9%)		
2	66 (19.2%)		
3	102 (29.7%)		
4	65 (18.9%)		
5	61 (17.7%)		
6 or more	38 (11.1%)		
DK/PNTA/Missing	9 (2.6%)		
Pneumovax			
Ever received	79 (23.0%)		[18.6% - 27.8%]
Never received	229 (66.6%)		
DK/PNTA	36 (10.5%)		
Time since last dose (mths) (n=26)	33 (6-60)		
Prenar			
Ever received	90 (26.2%)		[21.6% - 31.1%]
Never received	128 (37.2%)		

COPRI
Cohorte en soins primaires
Cohort in primary care

	People in vaccine-specific target age group according to PIQ	
Influenza vaccine		
Age 75 or more (n=43)		
Ever received	35 (81.4%)	
Never received	7 (16.3%)	
DK/PNTA	1 (2.3%)	
Covid-19 vaccine		
Age 60 or more (n=131)		
Ever received	130 (99.2%)	
Never received	1 (0.8%)	
DK/PNTA	0	
Pneumovax		
Age 65 or more (n=106)		
Ever received	62 (58.5%)	
Never received	39 (36.8%)	
DK/PNTA	5 (4.7%)	

PIQ: Protocole d'Immunisation du Québec
DK/PNTA: Don't know / Prefer not to answer

NAPCRG
Annual Meeting



3 Évaluer – les données et résultats avec les parties prenantes

Un tableau d'indicateur de mesures d'impact, des consultations avec des cliniciens et des patients, suivis d'une cartographie terrain ont été réalisées.

3.1 Tableau des indicateurs

Une liste d'indicateurs de mesures d'impact par élément du quintuple objectif a été développée.



Figure 3.1 : Indicateurs de mesure et de suivi de chaque élément du quintuple objectifs en lien avec les améliorations identifiées

3.2 Consultations des cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens I – problèmes et solutions

Perspective des cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens sur les problèmes et les solutions potentielles pour améliorer la trajectoire de soins pour les infections respiratoires

Points clés

Problèmes clés par ordre de priorité décroissante	Solutions identifiées comme ayant le plus grand potentiel d'impact et nécessitant le moins d'efforts pour leur mise en œuvre
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultations évitables 2. Accès non optimisé 3. Utilisation non optimale des membres de l'équipe multidisciplinaire 4. Sous-utilisation des mesures préventives 5. Suivi fragmenté ou incomplet des patients après la consultation, en particulier des populations médicalement et socialement vulnérables 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer et protocoliser le triage des patients 2. Développer l'autonomie des patients 3. Augmenter la coordination des équipes de soins multidisciplinaires



Équipe: Laura MacLaren (Lead clinician investigator), Jeannie Haggerty (Lead research investigator), Lucie Lambert (Patient Partner Co-lead), Kim Freeman (Patient Partner Co-lead), Jacinthe Dupuis (Project Coordinator), Frédéric Dion (Research Assistant), McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN).

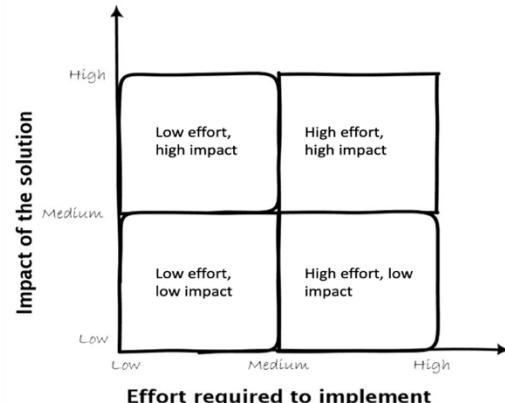
Objectifs:

- identifier les problèmes dans la trajectoire de soins des infections respiratoires qui sont des priorités pour un ensemble de cliniciens, de gestionnaires cliniques et de patients ;
- proposer des solutions réalisables qui soient acceptables pour les cliniciens et les patients.

Méthodes de consultation :

Les consultations des patients et des cliniciens se sont déroulées en parallèle de avril à juin 2023. Onze cliniciens issus de différents contextes de soins et professions ont été interrogés individuellement afin d'explorer les problèmes dans la trajectoire de soins et les domaines à améliorer. Les résultats préliminaires ont été communiqués aux cliniciens (rapport écrit) et aux patients (verbalement). Lors d'un dialogue délibératif de groupe, les cliniciens ont été invités à classer par ordre de priorité les trois principaux problèmes, puis à proposer trois solutions à court terme classées par ordre de priorité comme ayant un impact élevé et nécessitant peu d'efforts (figure 3.2).

Figure 3.2 : Matrice de l'effort versus impact Six Sigma (<https://www.sixsigmadaily.com>)



Le groupe de 14 patients diversifié a été sélectionné et formé en tant que patients partenaires par les responsables patients partenaires (LL, KF). La consultation des patients a consisté en un premier camp d'entraînement (Boot Camp) en personne pour se familiariser avec les infections respiratoires. L'enseignement dispensé par le responsable clinique (LM) a été présenté à un niveau universitaire afin de permettre aux demandes de clarifications des patients de mettre en évidence que les connaissances médicales considérées comme allant de soi ne sont pas claires pour la plupart des patients. Des conférences virtuelles hebdomadaires ont permis d'aborder des questions spécifiques issues du camp d'entraînement et de la consultation des cliniciens.

Lors d'un dernier camp d'entraînement, les patients ont réagi à cinq scénarios cliniques représentant les solutions proposées par les cliniciens. Les patients ont proposé des messages dans un langage compréhensible à utiliser pour communiquer aux patients.

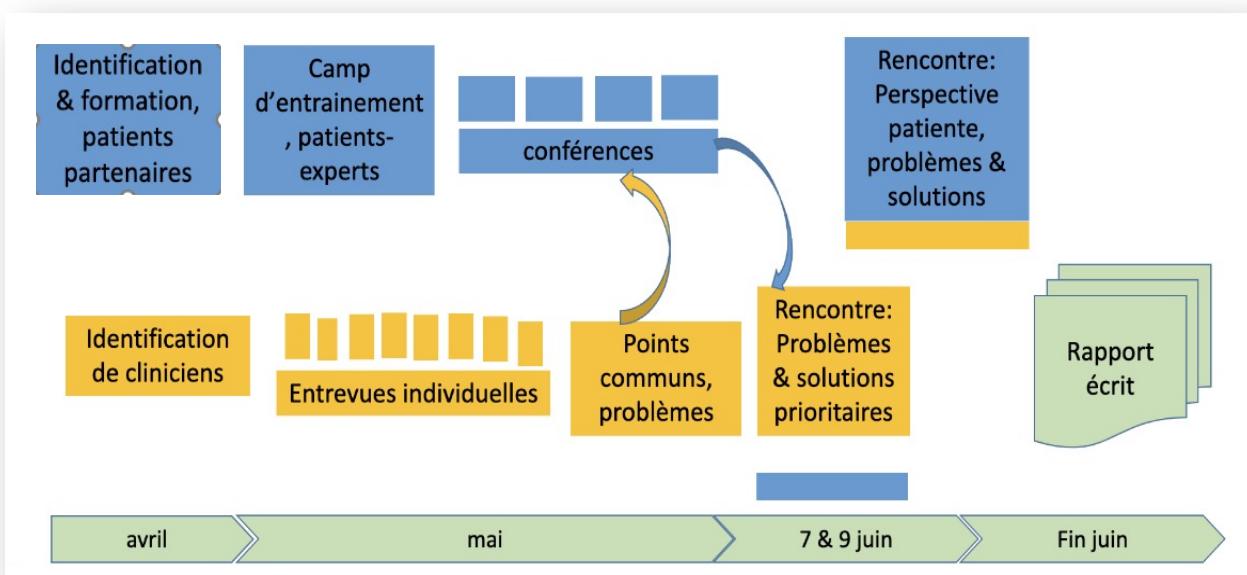


Figure 3.3 : Schéma du processus de consultation utilisé

Résultats I - Identification des problèmes :

Les cliniciens ont identifié 5 problèmes clés dans la trajectoire de soins, par ordre de priorité décroissante :

1. Consultations évitables ;
2. Accès non optimisé ;
3. Utilisation non optimale des membres de l'équipe multidisciplinaire ;
4. Sous-utilisation des mesures préventives ; et
5. Suivi fragmenté ou incomplet des patients après la consultation, en particulier des populations médicalement et socialement vulnérables.

Les principaux enjeux concernant les trois premiers points sont décrits brièvement.

Les consultations médicales évitables ou trop tardives sont des visites qui ne seraient pas médicalement nécessaires ou qui sont survenues trop tardivement. De nombreuses consultations pour des infections respiratoires ne sont pas médicalement nécessaires car les symptômes peuvent être gérés à la maison et les infections sont probablement virales. Parmi les autres raisons non médicalement nécessaires, citons les demandes de prescription d'antibiotiques en absence d'indication et les demandes d'obtention d'une note médicale pour une absence au travail ou à l'école en raison d'une infection respiratoire qui a pu être traitée à la maison. En outre, ces visites en personne sont coûteuses pour les patients disposant de faibles ressources ou peu mobiles, et elles exposent les autres personnes présentes dans les salles d'attente à des infections. À l'inverse, les consultations trop tardives entraînent une morbidité et une mortalité évitables lorsque les patients restent à la maison malgré des symptômes alarmants ou sont vulnérables en raison d'une comorbidité importante. Les cliniciens pensent que les consultations évitables ou trop tardives reflètent le manque de connaissances de la population générale sur les notions de base des infections respiratoires et l'utilisation optimale des ressources du système de santé. Mais comme l'a déclaré l'un de nos participants, ils sont également d'accord pour dire que "la responsabilité [de la réduction de la surutilisation des ressources médicales] ne devrait pas incomber au patient".

Pour les patients, les termes "évitables", "non nécessaire" ou "inappropriée" ont été difficiles à accepter parce qu'il est souvent désagréable de se rendre à une consultation et qu'ils ne le font que lorsqu'ils le jugent nécessaire. Le réconfort et les informations qu'ils reçoivent leur semblent vraiment nécessaires lorsqu'ils sont stressés ou anxieux face à des symptômes persistants ou lorsqu'ils ont besoin d'une solution pour retourner rapidement au travail ou à d'autres responsabilités, en particulier s'ils sont de jeunes parents inexpérimentés, s'ils souffrent de maladies chroniques ou s'ils s'occupent de personnes médicalement vulnérables.

L'accès non optimisé est la difficulté d'obtenir une visite avec un clinicien au bon endroit et dans un délai approprié. Il recoupe le problème des consultations évitables, car la forte demande de services de santé compromet l'accès en temps utile des personnes ayant des besoins urgents. De nombreux rendez-vous en personne pourraient être évités grâce à des conseils donnés par téléphone, bien que des inquiétudes aient été exprimées au sujet du 811 et des protocoles de diagnostics erronés qui conseillent aux patients de se faire soigner lorsque cela n'est pas nécessaire, souvent dans les salles d'urgence plutôt que dans les cliniques de sans rendez-vous.

Les cliniciens se sont dit préoccupés par les patients ayant des besoins particuliers ou des comorbidités, qui ont probablement besoin d'un accès urgent aux cliniciens chaque fois qu'ils ont une infection respiratoire. Ces patients ont besoin d'un accès facilité, lié à des soins spécialisés continus pour les routines de soins et les traitements qui préviendraient les exacerbations lorsqu'ils ont des infections respiratoires. Les patients et les cliniciens ont exprimé leur inquiétude pour les groupes de patients dont les obstacles limitent leur capacité à se faire soigner, comme les personnes âgées, les personnes à mobilité réduite et les nouveaux immigrants.

Une utilisation non optimale des membres de l'équipe multidisciplinaire contribue à un accès non optimisé. Le rôle et les compétences des infirmières praticiennes sont mal compris par les professionnels de la santé et les patients. Les infirmières cliniciennes sont trop rarement utilisées à leur pleine capacité pour le triage et la gestion des patients. Les pharmaciens n'utilisent pas tout le potentiel

de la loi 31 pour gérer les prescriptions, conseiller les patients sur la gestion de leur domicile et déterminer quand une consultation médicale est nécessaire. Toutefois, les cliniciens ont également reconnu que les compétences et les pratiques sont très hétérogènes parmi les infirmières cliniciennes et les pharmacies communautaires.

Résultats II - Identification des solutions : Trois solutions ont été identifiées par les cliniciens comme ayant le plus grand potentiel d'impact et nécessitant le moins d'efforts pour leur mise en œuvre. Les patients ont contribué à rendre les solutions plus acceptables pour eux.

1. améliorer et protocoliser le triage des patients
2. développer l'autonomie des patients
3. augmenter la coordination des équipes de soins multidisciplinaires

Il faut améliorer et protocoliser le triage des patients, en particulier lors du premier contact pour un rendez-vous. L'implémentation de protocoles normalisés de triage ou d'accueil des patients est la solution à court terme la plus prometteuse pour résoudre le problème des consultations médicales évitables et de l'accès non optimisé; ils peuvent également servir à optimiser les compétences de l'ensemble de l'équipe. Le premier contact pour un rendez-vous a été considéré comme le meilleur moment de la trajectoire de soins pour "orienter" les patients. Un algorithme et une grille normalisés dans l'ensemble du RUISSS de McGill permettraient d'orienter les patients vers les options de soins appropriées, incluant les conseils pour gérer les symptômes à la maison, la liaison avec une infirmière clinique pour un triage ou des conseils supplémentaires, un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires, un rendez-vous pour des soins urgents, ou le conseil de se rendre aux urgences. Le triage devrait être effectué par la clinique du patient, en commençant par le personnel à la réception. Le triage devrait également être disponible à distance et de manière centralisée par internet ou par téléphone, mais devrait toujours être directement lié à la facilitation des rendez-vous. Certains cliniciens sont convaincus que le triage à distance ne peut pas remplacer entièrement le triage en personne.

Les patients ont exprimé une réticence initiale lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils pensaient du fait que la réceptionniste leur pose des questions pour les aider à décider s'ils ont besoin de voir le médecin. Ils ont exprimé la crainte que la réceptionniste limite l'accès à un rendez-vous. Ils se sentiraient plus à l'aise si on leur disait que les questions sont standard pour toutes les infections respiratoires et qu'elles relèvent de l'autorité du médecin traitant. Ils veulent qu'on leur dise que l'objectif est d'offrir différentes options de soins en fonction de l'urgence. Ils veulent conserver la possibilité d'une consultation en personne s'ils le jugent nécessaire.

Le développement de l'autonomie des patients est considéré essentiel du point de vue des cliniciens pour résoudre le problème des consultations inappropriées, mais ils considèrent que l'éducation est une solution qui demande beaucoup d'efforts et dont l'impact est limité. Les cliniciens considèrent la rencontre clinique comme une opportunité d'éducation, mais reconnaissent qu'elle n'est pas toujours efficace. D'autres options sont des documents écrits, des affiches ou des capsules audiovisuelles dans les salles d'attente et des messages programmés par des professionnels paramédicaux lors de visites pour des raisons autres que les infections respiratoires.

Les patients ont confirmé que l'équipe de soins habituelle du patient était la source d'information la plus fiable et la plus appréciée. Les patients considèrent la "consultation non nécessaire" comme une occasion idéale pour le médecin ou l'infirmière d'éduquer le patient et de lui proposer un plan concret pour faciliter

l'accès aux soins si sa situation s'aggrave. Les patients ont exprimé de l'enthousiasme pour l'information. À la question de savoir ce qu'ils feraient différemment en fonction de ce qu'ils ont appris lors des camps d'entraînement de ce projet, la majorité a répondu qu'ils attendraient plus longtemps avant de consulter et qu'ils géreraient l'attente en se reposant, en s'hydratant et en utilisant des remèdes maison comme des rinçages nasaux ou en prenant des médicaments en vente libre.

Augmenter la coordination des équipes de soins multidisciplinaires fait partie des autres solutions. Plusieurs cliniciens sont en faveur d'une plus grande autonomie des infirmières cliniciennes dans les évaluations en personne par le biais d'une prescription collective. Ils ont exprimé le souhait d'une meilleure connexion avec les centres de maladies respiratoires chroniques pour les patients atteints de pathologies telles que l'asthme et les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique, y compris un dossier commun qui accompagne le patient entre les membres de l'équipe et la visite.

Les patients ont affirmé qu'ils étaient à l'aise avec l'idée d'être évalués par une infirmière, tant que leur fonction n'était pas perçue comme un contrôle visant à limiter l'accès à un médecin. Malgré le sentiment général que les infirmières sont qualifiées et dignes de confiance, il est clair que peu de patients comprennent les différentes capacités des différents types d'infirmières, et qu'aucun ne comprend vraiment la formation et le champ d'action des infirmières praticiennes. Une fois cela précisé, tous les patients ont déclaré qu'ils seraient à l'aise s'ils étaient vus par une infirmière praticienne plutôt que par un médecin.

Conclusion : Cette méthode de consultation intensive mais réalisable a permis d'obtenir des informations distinctes de chaque groupe de parties prenantes, en privilégiant le point de vue du clinicien dans la hiérarchisation des problèmes et des solutions, mais en privilégiant l'apport des patients aux solutions proposées par le clinicien afin de les rendre applicables et acceptables pour les patients. Les cliniciens et les patients ont convergé sur les problèmes et les solutions. La réponse des patients partenaires a largement confirmé que les patients souffrant d'infections respiratoires ont du mal à savoir quoi faire à la maison et quand et où consulter un médecin, ce qui entraîne un taux élevé de consultations inappropriées que les cliniciens ont identifié comme le problème le plus important dans le parcours de soins des infections respiratoires. Les cliniciens ont proposé la mise en œuvre de protocoles de triage standardisés comme la solution la plus efficace à court terme. Les patients veulent qu'on leur dise que les algorithmes sont autorisés par leur prestataire de confiance, que l'objectif principal est de déterminer l'urgence et non de limiter l'accès, et ils veulent toujours avoir la possibilité d'une consultation en personne, y compris une évaluation par des infirmières cliniciennes.

Comment citer ce rapport : Haggerty J, MacLaren L, Lambert L, Freeman K, Dupuis J, Dion F, Leggatt M, Lussier S, McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN) (2024). Perspective des cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens sur les problèmes et les solutions potentielles pour améliorer la trajectoire de soins pour les infections respiratoires.

<https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajectoire-de-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

3.3 Cartographie terrain des outils existant pour guider les patients (Livrable #2)

Équipe: Araceli Gonzalez Reyes (Coordinator, SSA-RUISSS McGill), Raphaela Nikopoulous (Research Assistant), McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN).

Nous (AG, RN) avons identifié 47 pages web et trois outils décisionnels actuellement disponibles dans le système de santé du Québec pour guider les patients dans la prévention, la gestion et la consultation appropriée pour les infections respiratoires aiguës. Pour chaque ressource identifiée, l'équipe a évalué l'exhaustivité en notant l'étape de la trajectoire de la maladie abordée. Les ressources - et en particulier les aides à la décision - n'étaient pas faciles à trouver. Plus de la moitié des ressources provenaient du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) ou d'hôpitaux publics; aucune ressource n'abordait à elle seule toutes les étapes de la trajectoire de la maladie.

Trois outils de décision et dix pages web ont été jugés indépendamment comme étant les plus prometteurs pour inspirer des outils et des messages destinés aux patients, parce qu'ils sont complets, accessibles en utilisant des recherches en langage profane et qu'ils répondent à d'importantes considérations en matière de littéracie.

Les outils en rouge ont été présentés dans le cadre du camp d'entraînement, dont trois ont été inclus en tant qu'exemples négatifs. La mention "PP" indique les outils préférés des partenaires des patients. Les premiers choix des partenaires des patients sont présentés sous ce tableau.

NB : Les ressources sont classées par type de source et non par ordre d'importance.

Source et type	Titre	Raison pour laquelle il a été choisi	Considéré supérieur par
Aides à la décision			
MSSS Ministerial/ Governmental	<u>Decision chart: Protecting yourself and others if you have flu symptoms</u>	- Souligne qu'il existe des mesures à prendre pour se protéger et protéger les autres lorsque l'on soupçonne que l'on est atteint d'une infection respiratoire aigüe. -Identifie les signaux d'alerte et le risque accru pour les populations vulnérables, ainsi que leur identité. -Traite spécifiquement de la grippe et des maladies apparentées à la grippe. -Fournit une représentation visuelle des symptômes et des stades de l'infection qui peut être facilement consultée et guide les personnes vers les mesures à prendre lorsqu'elles ressentent l'un ou l'autre des symptômes correspondants.	A.R PP choice snapshot Intuitive color-codes
MSSS Ministerial/ Governmental	<u>Do I need to consult if I have COVID-19? / Dois- je consulter si j'ai la COVID-19?</u>	-Explique comment les symptômes de COVID-19 ne nécessitent généralement pas de consultation médicale et peuvent être pris en charge à domicile. Cela correspond à certains des principaux objectifs du projet.	A,R PP

		<ul style="list-style-type: none"> -Identifie des symptômes gastro-intestinaux moins connus mais apparentés et assurer aux gens qu'ils sont normaux. -Illustre la progression graduelle des symptômes tout au long de la trajectoire de soins 	
MSSS Ministerial/ Governmental	<u>Decision tool – If you have symptoms of a respiratory infection and gastroenteritis / Aide à la décision – Si vous avez des symptômes d'infection respiratoire ou de la gastro-entérite</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Explique que, même si les symptômes peuvent s'aggraver, il n'est pas nécessaire de consulter immédiatement un médecin et que les symptômes peuvent être gérés à la maison. -Explique que le 811 est un service de triage à distance et qu'il peut vous aider lorsque vous ressentez certains symptômes ou un inconfort accru. -Explique que le 811 est un service de triage à distance et comment il peut vous aider lorsque vous ressentez certains symptômes ou un inconfort accru. -Fournit des recommandations sur les mesures préventives (éviter de tomber malade et prévenir la transmission). -Utilise un langage accessible (par exemple, "lèvres bleues" au lieu de "cyanose"). 	A,R PP – choice PP choice snapshot Intuitive color-codes
WEBSITES			
NHS Ministerial/ Governmental	<u>Respiratory tract infections (RTI)</u>	Langage profane (l'inconvénient est que les liens renvoient à des ressources de santé britanniques)	A PP – choice Good content, easy language
MSSS Ministerial/ Governmental	<u>Fièvre chez l'enfant</u>		A
MSSS Ministerial/ Governmental	<u>Guide pour prendre soin de vous si vous avez la COVID-19 (Guides autosoins)</u>		A PP-choice Good content too high literacy
Santé Montréal/ Gouvernement du Québec Ministerial/ Governmental	<u>Respiratory infections in adults and children: what you should know and do COVID-19, influenza (flu), cold, respiratory</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Il s'agit d'une ressource plus régionale que les gens pourraient trouver lorsqu'ils recherchent des informations ou des centres de santé spécifiques à Montréal. -Dans ce site Web, les informations sont séparées en ce qui concerne le risque de complications et les complications qui peuvent survenir chez les enfants et les adultes. 	R

	<u>syncytial virus (RSV), measles</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Il s'agit d'une ressource qui fournit des informations spécifiques sur les différentes infections respiratoires aiguës. -Contient différents types d'informations concernant les symptômes, la transmission, les complications, la prévention, l'hygiène, la prise en charge à domicile et les signaux d'alerte pour chacune des infections respiratoires aiguës nommées. 	
Naître et grandir Privately funded health information for parents (child focus)	<u>Le rhume et la grippe chez l'enfant: reconnaître, soigner et prévenir</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Is about two of the most common ARIs: flu and cold -Includes information on nasal hygiene and how to blow your baby's nose/why it's necessary -Uses accessible language -Contains DO's and DON'T's for parents beyond just the red flags/when to consult -Speaks about widely accessible over the counter medications (pros and cons) which are often the first point of access for parents at pharmacies and the safety of the flu vaccine -Includes recipe for homemade saline solution 	A,R ?PP - some liked (visuals) some killed (focus, text)
Naître et grandir Privately funded health information for parents (child focus)	<u>Le virus respiratoire syncytial (VRS)</u>	<ul style="list-style-type: none"> -A resource that parents can rapidly scan outlining general symptoms of all common ARIs, red flags, and when to consult the primary care clinician or emergency services once the child is already infected -Uses accessible language -Also includes information about prevention of ARIs in general, as well as complications and how to prevent the infection from progressing 	R
Naître et grandir Privately funded health information for parents (child focus)	<u>Quels sont les symptômes de la COVID-19 chez l'enfant et comment les traiter?</u>	<ul style="list-style-type: none"> -The title resembles the way someone would formulate an internet search for information -Uses accessible language -Included sections are intended to limit parental panic and encourage them that the best thing to do is to manage symptoms (and how) and ensure their child is comfortable -A comprehensive resource which contains information about prevention, symptoms, home management and when to seek care which can be easily mapped to the steps of the care trajectory -Includes information on how to care for an infected child without getting sick or transmitting to others -Further acknowledges that there are sub-populations of children that are especially at-risk and vulnerable 	R,
Lettres en Main	<u>Les bronches et les poumons</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Among over 30+ community organizations aimed at providing accessible content to families with young children, this is the only example of a 	R

Community Organization		<p>resource I found. This is relevant since families with young children are a vulnerable group.</p> <ul style="list-style-type: none"> -This resource outlines many common ARIs, and well as the anatomy of the respiratory system, how chronic conditions can impact ARI symptoms and complications, prevention and treatment -Uses accessible language as it is intended for people with low health literacy, and yet can still be used by most of the population -Contains images and diagrams to facilitate learning, comprehension and information use. 	
CHU Saint-Justine Hospitals	Bronchiolite	<ul style="list-style-type: none"> -Difficult to locate, however is formatted as an FAQ page which is easy to navigate for parents searching for specific information and therefore, you do not have to read the entire page to get the answer you are searching for -Contains an in-depth description of the ARI, prevention, symptoms, when and where to consult, treatment, when to consult if you're not getting better, and nasal hygiene 	R
MUHC / Montreal Children's Hospital Hospitals	Cold and Flu	<ul style="list-style-type: none"> -Encourages patients to exhaust other options before visiting the primary care provider or the emergency room (ie. Pharmacy) -Outlines an exhaustive list of high-risk populations but emphasizes that caregivers and other people who are in frequent contact with vulnerable populations should also get vaccinated -Is a reputable resource that debunks common myth about how people get sick and describes the differences between a cold and the flu -Also contains information on red flags (symptoms) and when to consult in addition to tips for recovery and hygiene 	R
Included in Boot camp as negative exemplar of a narrow focus			
MSSS	Quand consulter à l'urgence	Included in Boot camp as negative exemplar of a narrow focus	
Santé Montréal/Gouvernement du Québec	Respiratory infections: pregnant women and parents of young children	Included in Boot camp as negative exemplar of a narrow focus	
Hôpital de Montréal pour enfants	Soigner un enfant malade : quand consulter un médecin	?	

4 Implanter – un outil pour soutenir l'autonomie des patients

Une 2^e série de consultations avec des patients sur les compétences et outils existants a été effectuée, et un guide a été développé.

4.1 Consultations des patients II – Compétences et outils existants

Des solutions orientées vers le patient pour améliorer la trajectoire de soins des infections respiratoires aiguës

Équipe: Laura MacLaren (Lead clinician investigator), Jeannie Haggerty (Lead research investigator), Lucie Lambert (Patient Partner Co-lead), Kim Freeman (Patient Partner Co-lead), Madison Leggatt (Research Assistant), Ania Johnstone, McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN).

Contexte : Lors des pics et des épidémies d'infections respiratoires, le système de santé peut rapidement être submergé par les infections respiratoires aiguës. Les infections respiratoires sont le troisième motif de consultation aux urgences, la plupart du temps chez les enfants de moins de 18 ans. Environ 40 % des visites aux urgences pourraient être traitées dans le cadre des soins primaires. Mais dans le cadre des soins primaires, trop de visites sont médicalement non nécessaires : pour des infections sans gravité qui peuvent être facilement traitées à la maison, pour des arrêts de travail ou pour des demandes d'antibiotiques en absence d'indication. Mais pour les patients, le contact avec le système de santé est considéré comme "nécessaire" pour obtenir un réconfort et des conseils.

Objectif : L'objectif global de ce projet est de développer des messages et des outils destinés aux patients, qui peuvent être déployés par le système de santé pour soutenir l'autonomie des patients dans la prévention et la gestion à domicile des infections respiratoires aiguës, et qui favorisent la consultation de soins appropriés en temps opportun.

Les objectifs spécifiques sont :

1. Identifier les compétences spécifiques des patients en matière de prévention, de gestion à domicile et de recherche de soins appropriés pour les infections respiratoires aiguës, ainsi que les moments propices à l'apprentissage dans la trajectoire de soins pour développer ces compétences.
2. Soutenir ou modifier les messages, outils et modalités existants afin d'améliorer leur acceptabilité, leur accessibilité et leur efficacité potentielle pour les patients.
3. Veiller à ce que les outils, les messages et les moments propices à l'apprentissage soient conformes à la pratique clinique des soins primaires.
4. Étudier dans quelle mesure les outils sont susceptibles de modifier les connaissances, les attitudes ou le comportement prévu d'un groupe indépendant de patients.

Méthode : Les patients partenaires responsables (SL, LL, KF) ont recruté 12 patients partenaires et les ont formés pour représenter le point de vue des patients. Tous les patients partenaires ont également été formés à la prévention et à la gestion des infections respiratoires aiguës. Les patients partenaires

représentent les régions de Montréal et de l'extérieur du RUISSS de McGill. Le groupe de patients partenaires présente une bonne diversité régionale et francophone, mais ce sont surtout des femmes et des personnes vulnérables sur le plan de la santé.

Entre janvier et mars 2024, l'équipe a abordé l'objectif 1 et une partie de l'objectif 2, dont voici les résultats de mi-parcours.

Compétences pour l'autonomie du patient

Notre approche du développement de l'autonomie du patient s'inspire des travaux du Centre d'excellence pour la participation du patient et du public (CEPPP) sur les parcours d'apprentissage du patient. Ces travaux identifient les compétences des patients et leurs besoins d'apprentissage aux différents stades d'un parcours avec la maladie. La compétence du patient pour les infections respiratoires a été définie de manière opérationnelle comme suit : "Avoir des connaissances et un savoir-faire suffisants et exacts pour se protéger et protéger les autres contre les infections par des germes respiratoires, pour gérer une infection respiratoire à domicile et pour savoir quand l'infection est grave et nécessite un avis ou des soins médicaux".

Avec nos principaux patients partenaires, nous avons décomposé les étapes de la trajectoire de soins (prévention, gestion et consultation) en étapes discrètes au cours desquelles des compétences spécifiques sont requises pour les patients. La figure 4.1 illustre le parcours qui en résulte. Le parcours de la maladie et des soins est conçu pour être ensuite relié à des outils et des ressources destinés à soutenir les besoins d'apprentissage des patients pour l'autogestion de leur maladie, ainsi qu'à informer la structure et la prestation des soins.

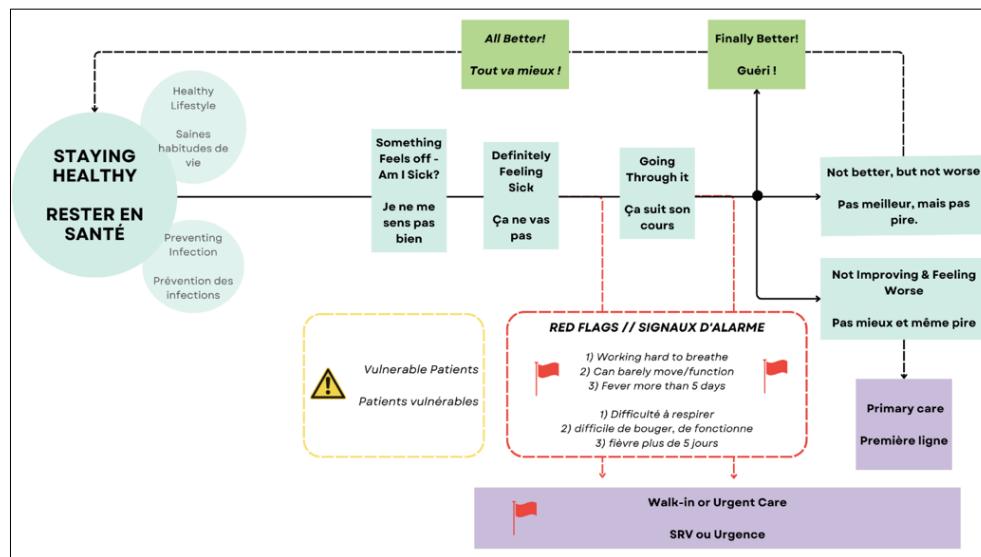


Figure 4.1 : Parcours de soins du patient pour la prévention, l'autogestion et la consultation en cas d'infections respiratoires; les cases vertes indiquant les exigences en matière de compétences clés du patient.

La notion de "compétence" n'a pas trouvé d'écho auprès des patients partenaires, même s'ils apprécient l'idée que les patients soient habilités dans la « pratique » à s'occuper d'eux-mêmes et des autres, et que l'équipe soignante les reconnaîsse en tant que partenaires dans leurs soins. Le lien entre la compétence et l'autonomie pour l'autogestion n'est pas intuitivement évident. Par conséquent, bien que la "compétence du patient" reste un bon cadre pour structurer les éléments du projet et

éventuellement pour impliquer les professionnels de la santé dans le processus de développement de l'autonomie du patient, nous utiliserons désormais le terme plus significatif d'"autonomie du patient" pour impliquer nos partenaires patients dans les messages clés adressés aux autres patients.

Néanmoins, les patients partenaires appuient la formulation des compétences, et en particulier des sous-compétences. Nous (JH, ML, LL, KF, SL) avons rédigé les compétences initiales à partir de reformulations des messages que les patients partenaires ont retenus comme étant les plus importants lors de la formation sur les infections respiratoires. Lorsqu'ils ont été interrogés sur les compétences manquantes, les patients partenaires avaient tendance à élargir les sous-compétences.

Deux compétences inattendues ont été discernées lors de nos consultations sur les compétences avec les patients partenaires. Il s'agit de méta-compétences qui ne sont pas liées à une étape spécifique de la trajectoire et qui se rapportent à la pratique du patient en matière de partenariat dans le cadre de ses soins de santé. Ces compétences sont les suivantes 1) se connaître soi-même et ses vulnérabilités et savoir comment se représenter soi-même et sa vulnérabilité aux prestataires de soins de santé ; 2) savoir surveiller le moment et la gravité des symptômes pour présenter avec crédibilité sa trajectoire de maladie aux prestataires de soins de santé.

Mesure de la compétence

Une idée clé de l'éducation basée sur les compétences est que l'apprentissage se manifeste par des indicateurs d'un changement dans la précision des connaissances, les prédispositions mentales ou attitudinales ou la probabilité d'entreprendre des comportements ou des actions appropriés à la situation. Nous avons identifié des indicateurs de compétences et élaboré un questionnaire pour recueillir les connaissances, les comportements et les attitudes liés aux infections respiratoires. D'après les réponses obtenues avant et après la formation respiratoire, nous avons constaté des changements dans l'exactitude des connaissances sur les infections respiratoires. Nous constatons également une plus grande propension à porter des masques et une moindre propension à rechercher des soins de santé formels au bout de huit jours, lorsque les symptômes persistent mais ne s'aggravent pas. Nous constatons des niveaux d'inquiétude plus faibles dans les scénarios de symptômes et des niveaux de confiance plus élevés dans la capacité à se soigner soi-même sans intervention médicale. Les réponses suggèrent également que nos questions sur les connaissances étaient trop difficiles et qu'elles doivent être adaptées pour une utilisation future.

Impression des patients partenaires sur les outils identifiés dans la cartographie terrain

Les patients partenaires ont apprécié les outils de décision avec des options de soins codées par couleur selon le degré d'urgence, du vert (faible) au rouge (élévé), en fonction de la gravité des symptômes. Cependant, les graphiques et le contenu incitent à l'utilisation des soins de santé et fournissent peu d'informations sur la prise en charge à domicile. En ce qui concerne la gestion à domicile, les patients partenaires ont apprécié l'exhaustivité du site du MSSS sur les auto-soins en cas d'infection respiratoire, mais ont été déçus par le manque d'éléments visuels, la lourdeur du langage et l'absence de reconnaissance des vulnérabilités médicales spécifiques nécessitant une plus grande vigilance. Le site équivalent du National Health Service (NHS) a été jugé plus complet et rédigé dans un langage orienté vers le patient.

Conclusions à mi-parcours et prochaines étapes

Le parcours d'apprentissage du patient et le cadre de compétences du patient. La méthode du parcours d'apprentissage du patient décrite par le CEPPP a été utile pour organiser le travail, mais elle nécessite quelques adaptations importantes pour la maladie aiguë de courte durée comme la prise en charge d'un syndrome d'infection respiratoire qui, dans la plupart des cas, se résout naturellement et sans diagnostic définitif. L'opportunité d'apprentissage la plus importante se produit dans les trois premiers jours de la maladie, non seulement pour gérer les symptômes mais aussi sur les pratiques préventives qui protègent les autres. Il semble y avoir une voie d'apprentissage à deux vitesses pour les infections respiratoires : peu d'inquiétudes et d'urgence en temps pour agir pour les patients qui sont par ailleurs en bonne santé ; une vigilance et une rapidité accrues potentiellement nécessaires pour les personnes qui sont vulnérables en raison de conditions médicales ou de conditions de vie.

Le cadre de compétences continuera à structurer le travail de fond, mais à l'avenir, nous utiliserons l'"autonomie du patient" avec les patients partenaires. Cela nécessite peu d'explications et communique le renforcement des capacités. À l'avenir, nous identifierons ensemble une liste réduite de compétences de base afin d'orienter les messages clés destinés aux autres patients, en particulier en ce qui concerne l'autogestion. Nous envisagerons également de développer des messages ou des outils pour soutenir les méta-compétences que sont la connaissance de soi et la représentation de soi et de la trajectoire de sa maladie auprès des professionnels.

Mesures des compétences des patients en matière d'infections respiratoires. À l'avenir, nous raccourcirions et modifierons le questionnaire sur les connaissances, les attitudes et les pratiques afin d'être sensibles aux changements dans les connaissances ainsi que dans les actions et les attitudes, et nous l'utiliserons pour voir si l'exposition aux messages et aux outils entraîne des changements similaires dans un groupe indépendant et plus diversifié de patients.

Analyse de l'environnement des outils et des ressources. À l'avenir, les patients partenaires aideront à rédiger les messages les plus importants à l'intention des patients pour renforcer l'autonomie des patients en matière d'autogestion au début de la trajectoire de la maladie infectieuse respiratoire et formuleront des recommandations sur la manière dont les ressources gouvernementales pourraient être adaptées pour soutenir l'autonomie des patients. Nous ne développerons pas d'outils d'aide à la décision, mais les patients partenaires passeront du temps avec les outils de décision les plus disponibles, afin de formuler des recommandations sur la manière de les modifier pour qu'ils soient plus efficaces en tant qu'outils destinés aux patients.

Comment citer ce rapport : Haggerty J, MacLaren L, Lambert L, Freeman K, Leggatt M, Johnstone A, Lussier S, McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN) (2024). Des solutions orientées vers le patient pour améliorer la trajectoire de soins des infections respiratoires aigües.

<https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajectoire-de-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

4.2 Développement et implémentation d'un guide pour soutenir l'autonomie des patients

Améliorer la trajectoire de soins liée aux infections respiratoires : développement et distribution d'un dépliant patient pour gérer les infections respiratoires

Équipe: Laura MacLaren (Lead clinician investigator), Jeannie Haggerty (Lead research investigator), Lucie Lambert (Patient Partner Co-lead), Kim Freeman (Patient Partner Co-lead), Madison Leggatt (Research Assistant), Sonia Lussier, Ania Johnstone, McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN).

Pendant la saison de la grippe, les cliniques médicales et l'urgence reçoivent de nombreuses visites non nécessaires, alors que des patients médicalement vulnérables peinent à obtenir des soins en temps voulu. Les patients et les cliniciens s'entendent pour dire que les patients ont besoin d'aide pour gérer les infections respiratoires à la maison et savoir quand et où consulter en cas de besoin. Les patients veulent recevoir de l'information d'un professionnel de confiance, et une consultation dite « inutile » est une occasion cruciale pour accroître l'autonomie du patient. Afin d'améliorer la trajectoire de soin, nous avons conçu avec des patients un dépliant éducatif à distribuer dans les cliniques médicales de la communauté.

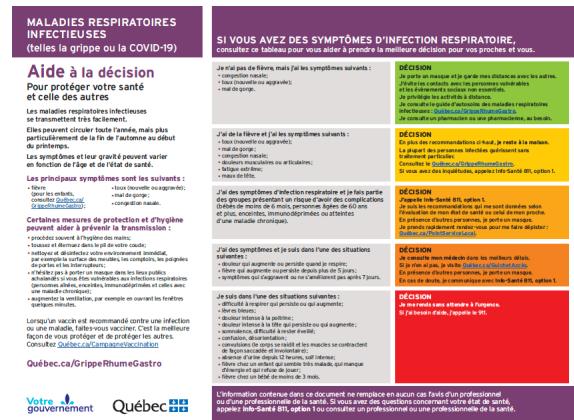
Contribution au quintuple objectif

Augmenter l'autonomie des patients sur la gestion des infections respiratoires peut contribuer aux cinq objectifs d'un système de santé apprenant de la façon suivante :

- 1. Une meilleure équité** : Rendre accessible l'information compréhensible conçue par et pour les patients, idéalement dans la langue de leur choix.
- 2. Une expérience positive pour les patients** : Transformer une consultation médicalement non nécessaire en une opportunité de renforcer l'autonomie du patient pour la gestion d'une infection future, tout en renforçant la relation thérapeutique.
- 3. L'efficience du système** : L'autonomie des patients pour gérer les infections respiratoires communes à la maison permet d'augmenter l'accessibilité aux services de santé pour les cas plus aigus ou les personnes plus vulnérables.
- 4. Le bien-être de ressources humaines en santé** : Le dépliant permet à l'ensemble de l'équipe soignante de participer à l'éducation des patients. La diminution des visites médicalement inutiles assure que les professionnels de la santé exercent majoritairement dans leur champ de compétences.
- 5. La santé populationnelle** : Si la majorité des infections respiratoires sont gérées à la maison et les personnes prennent des mesures préventives, la population sera moins exposée à des virus dans les lieux publics et les salles d'attente du système de santé.

Un scan environnemental a révélé qu'il existait peu de sites ou de dépliants pour aider les patients à gérer les infections respiratoires à la maison. Une quinzaine de patients partenaires du RUISSS McGill ont sélectionné le meilleur dépliant (celui du MSSS, Figure 4.2) et l'ont adapté pour le rendre compréhensible en français et en anglais. Le dépliant final a conservé les éléments graphiques appréciés, mais le texte a été adapté pour être compréhensible par leurs pairs. Le dépliant a été validé par les cliniciens afin d'en vérifier l'exactitude et l'harmonisation avec la pratique clinique.

Figure 4.2 : Dépliant du MSSS considéré par les patients partenaires comme le meilleur existant, mais nécessitant adaptation (ex : trop de texte, messages compliqués «Procédez souvent à l'hygiène des mains», insuffisant pour auto-gestion, couleur rouge intense attire et alarme).



Pendant la saison de la grippe 2025, le dépliant a été traduit en quatre langues (anglais, espagnol, urdu et punjabi) et distribué lors de visites à la clinique sans rendez-vous et de maladies chroniques dans un établissement médical desservant une population multiethnique (CLSC de Parc Extension).

Le guide a aussi été rendu disponible sur les sites web des établissements du RUISSS McGill et de l'Unité SSA (Figure 4.3).

Conclusions :

- Le projet d'amélioration de la qualité a démontré que les infirmières auxiliaires et cliniques sont en bonne position et capables de remettre du matériel éducatif, mais que des repères visuels et des rappels sont requis jusqu'à ce que la routine s'installe dans leur pratique.
- Alors que la distribution devait se faire à tous les patients de façon préventive, les patients ont été plus réceptifs lorsqu'ils consultaient pour une infection respiratoire.
- La courte période du projet pilote n'a pas permis de mesurer l'impact du dépliant sur les consultations.

OUTIL FINAL ADAPTÉ PAR LES PATIENTS PARTENAIRES :

Infections respiratoires	Symptômes	Quoi faire																																																							
<p>Maladie de courte durée qui se situe entre le nez et les poumons.</p> <p>Symptômes d'une infection respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Toux Fièvre Mal de gorge Nez qui coule Fatigue Douleurs musculaires <p>La gravité des symptômes varie selon l'âge et l'état de santé général.</p> <p>Prévenir la transmission</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavez-vous souvent les mains Toussez et éternuez dans votre coude Portez un masque en public Nettoyez régulièrement les surfaces de votre maison Aérez vos espaces de vie <p>Renseignez-vous sur la vaccination auprès de votre pharmacie ou clinique pour vous protéger et protéger les autres.</p> <p>L'information contenue dans ce document ne remplace en aucun cas l'avis d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé. Si vous avez des questions,appelez Info-Santé 811.</p> <p> </p> <p>Document inspiré du MSSS (2023) « Aide à la décision - si vous avez des symptômes d'infection respiratoire ». Disponible à l'adresse : https://publications.msss.gouv.qc.ca/mssscfchen/2023-03-294-01A.pdf</p> <p></p>	<p>Il est normal d'avoir les symptômes suivants lorsque le corps tente de guérir.</p> <ul style="list-style-type: none"> Congestion des sinus Fatigue Douleurs musculaires Toux <p>Au jour 7-10, la personne devrait commencer à se sentir mieux et ne plus être contagieuse.</p> <p>Signes et symptômes à observer</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptômes empêtent après 5 jours ou ne s'améliorent pas après 7 jours Fièvre plus de 38°C qui dure depuis <ul style="list-style-type: none"> 3-5 jours chez l'enfant 5 jours ou plus chez l'adulte Douleur à la poitrine lors d'une respiration profonde Sang dans les crachats ou les sécrétions <p><i>Pour les bébés moins de 2 ans, toujours utiliser un thermomètre rectal. Pour tous les autres, utiliser un thermomètre buccal.</i></p> <p>Signes et symptômes inquiétants</p> <ul style="list-style-type: none"> Lèvres ou doigts bleus N'a pas uriné dans les derniers 12h Difficulté à respirer Enfant amorphe, ne veux pas jouer <p>Fatigue extrême ou confusion</p> <p>Température rectale plus de 38°C chez les bébés moins de 3 mois</p>	<p>La plupart des infections disparaissent sans traitement particulier en 3 à 14 jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rester à la maison et se reposer Boire beaucoup de liquides Utiliser un rinçage nasal Porter un masque en présence des autres <p>Consulter votre pharmacien pour obtenir un médicament pour soulager vos symptômes comme la congestion et la douleur.</p> <p>Appeler 811 si vous avez des inquiétudes.</p> <p>Consulter une infirmière praticienne, un médecin de famille ou visiter une clinique sans rendez-vous. Si vous n'avez pas de médecin de famille, appelez 811 (option 3)</p> <p>Les risques de complication sont plus élevés pour les personnes avec maladie chronique, immunosupprimées, grossesse, plus de 60 ans ou pour un bébé moins de 6 mois. N'hésitez pas à consulter plus rapidement.</p> <p>Préparer votre visite et faites le suivi de vos symptômes sur le tableau au verso.</p> <p>Aller à l'urgence</p> <p>ou</p> <p>Appeler le 911</p>																																																							
<p>Questions pour professionnels</p> <p>Mes questions ou inquiétudes les plus importantes</p> <p>Quoi apporter à mon rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> Carte d'assurance maladie Coordonnées de ma pharmacie Liste ou sac de médicaments <p>Insérer logo clinique ici</p>																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jour</th> <th>Température</th> <th>Symptômes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ex. 1</td> <td>Temp. orale 37°C</td> <td>Fatigue, mal de gorge</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jour</th> <th>médicaments et suppléments</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ex. 1</td> <td>Tylenol</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jour	Température	Symptômes	ex. 1	Temp. orale 37°C	Fatigue, mal de gorge	2			3			4			5			6			7			8			9			10			Jour	médicaments et suppléments	ex. 1	Tylenol	2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Jour	Température	Symptômes																																																							
ex. 1	Temp. orale 37°C	Fatigue, mal de gorge																																																							
2																																																									
3																																																									
4																																																									
5																																																									
6																																																									
7																																																									
8																																																									
9																																																									
10																																																									
Jour	médicaments et suppléments																																																								
ex. 1	Tylenol																																																								
2																																																									
3																																																									
4																																																									
5																																																									
6																																																									
7																																																									
8																																																									
9																																																									
10																																																									

Figure 4.2 : Guide adapté par les patients partenaires du RUISSS McGill pour soutenir l'autonomie des personnes traversant un épisode d'infection respiratoire.

Comment citer ce rapport : Haggerty J, McLaren L, Lambert L, Freeman K, Leggatt M, Johnstone A, Lussier S, McGill Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN) (2025). Améliorer la trajectoire de soins liée aux infections respiratoires : développement et distribution d'un dépliant patient pour gérer les infections respiratoires. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajectoire-de-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

5 Répliquer – développement d'un chatbot pour guider les parents

Puisque deux cycles d'améliorations ne sont pas possibles en 12 mois dans le contexte saisonnier des infections respiratoires, une 2^e amélioration a été développée pour cette fois guider les parents d'enfants présentant des symptômes d'infection respiratoire. Afin de poursuivre les cycles d'amélioration, nous complétons aussi une collecte d'information en utilisant COPRI pour mieux cibler les prochaines interventions.

5.1 Chatbot pour guider les parents d'enfants atteints d'une infection respiratoire

Résumé : Ce projet visait à développer un chatbot doté d'une intelligence artificielle dans le domaine des soins pédiatriques pour les infections respiratoires aigües : le CHatbot to Assist the Management of Pediatric patients (CHAMP). Afin de garantir l'utilité et l'adaptation du CHAMP à la population diversifiée de Montréal, il a été co-construit avec des partenaires familiaux et citoyens. Le CHAMP a fait des progrès importants en matière de co-construction, de développement de prototypes et de tests participatifs. En janvier 2025, nous avons mis sur pied un comité de co-construction composé de huit partenaires issus des familles et de la population, suivant le modèle montréalais d'engagement des patients. De février à mai, nous avons organisé trois ateliers de co-construction ainsi que des consultations individuelles afin de développer et de tester de manière itérative le prototype CHAMP avec nos partenaires.

Contexte : Chaque année, près de deux millions d'enfants et d'adolescents se rendent aux services d'urgence (SU) canadiens. Les infections respiratoires sont l'une des principales causes de visites évitables aux urgences dans cette population. Grâce à l'accès à des informations fiables et opportunes, les familles peuvent gérer elles-mêmes de nombreuses infections courantes à domicile. Malheureusement, elles ont souvent du mal à joindre des professionnels de la santé ou à trouver des conseils fiables en ligne en raison de la désinformation croissante. Les chatbots de santé basés sur l'intelligence artificielle (IA) constituent une solution prometteuse à ce problème, mais ils n'ont pas encore été conçus pour la pédiatrie, dans le contexte canadien.

Les travaux du Réseau de recherche en soins de santé de première ligne de McGill (RRAPPL) et du Laboratoire d'informatique de santé centrée sur le patient ont permis d'identifier les défis actuels en analysant la littérature médicale et en collaborant avec des patients, des cliniciens et des gestionnaires du Québec. Les principaux thèmes abordés comprenaient le besoin de matériel éducatif pour soutenir l'autonomie et l'autogestion, une meilleure coordination des soins et des protocoles de pré-triage améliorés pour identifier le meilleur type de rencontre (p. ex., virtuelle, en personne, avec du matériel éducatif, etc.) pour un patient donné et à un moment donné. Un outil numérique développé à l'IR-CUSM, le chatbot à interférence ARV minimale (MARVIN), est bien placé pour aider à relever bon nombre de ces défis. En 2020, notre équipe a développé puis lancé ce chatbot gratuit pour autonomiser les adultes vivant avec le VIH. MARVIN est le fruit d'une co-construction en partenariat avec des patients dans un milieu universitaire à but non lucratif. Nous présentons ici son adaptation et son évaluation pour en faire un chatbot d'assistance à la gestion en pédiatrie (CHAMP) alimenté par l'IA, en mettant l'accent sur les infections respiratoires. Cette version mise à jour intégrera une architecture

informatique moderne (Figure 5.1) pour tirer parti des avancées récentes en IA générative, tout en s'alignant sur l'écosystème de la santé québécois.

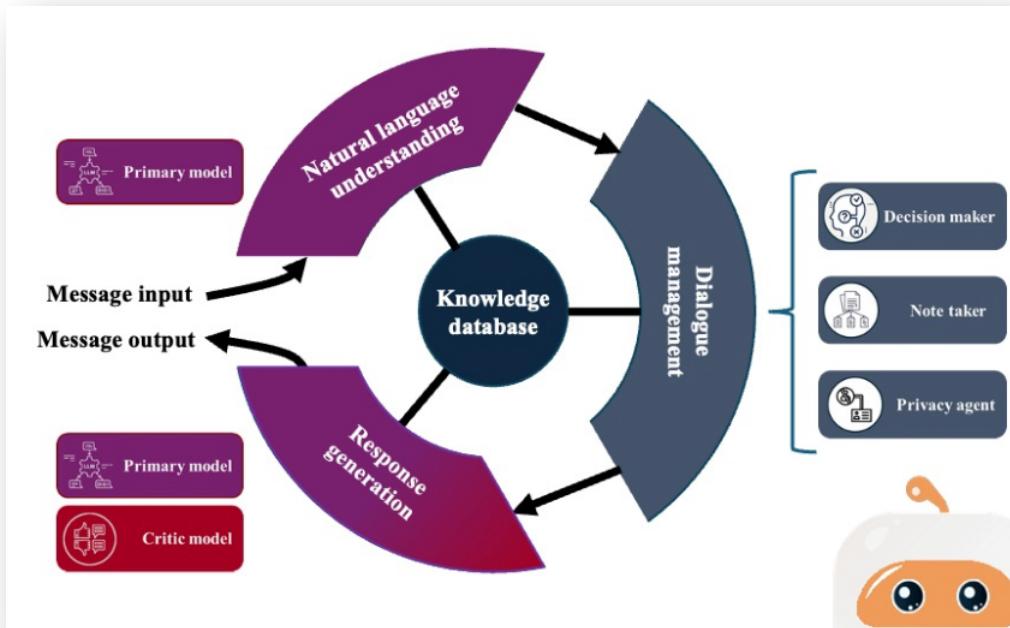


Figure 5.1 :
Architecture
multi-agent
de CHAMP.

Méthodes : Le développement de CHAMP suit une méthodologie mixte avec un design parallèle convergent. Entre juin 2024 et février 2025, nous adapterons MARVIN à CHAMP, par co-construction avec une équipe interdisciplinaire diversifiée. Le comité de co-construction sera composé de familles, d'infirmières et de médecins recrutés dans des centres de soins primaires et pédiatriques spécialisés du Québec et de collaborateurs au Canada. Afin d'identifier et de résoudre les problèmes d'accessibilité dès le début du développement du chatbot, nous procéderons à un échantillonnage intentionnel parmi les groupes à risque de fracture numérique, par l'intermédiaire de nos organismes communautaires partenaires : PROMIS, un organisme qui soutient les immigrants récents à Montréal ; Garage à Musique, un centre de pédiatrie sociale en communauté qui soutient les familles ayant un statut socio-économique faible, un statut d'immigration précaire et/ou un faible niveau d'alphabétisation ; Première Ressource – Aide aux parents (PRAP), qui aide les familles du Québec sur des questions liées à la parentalité.

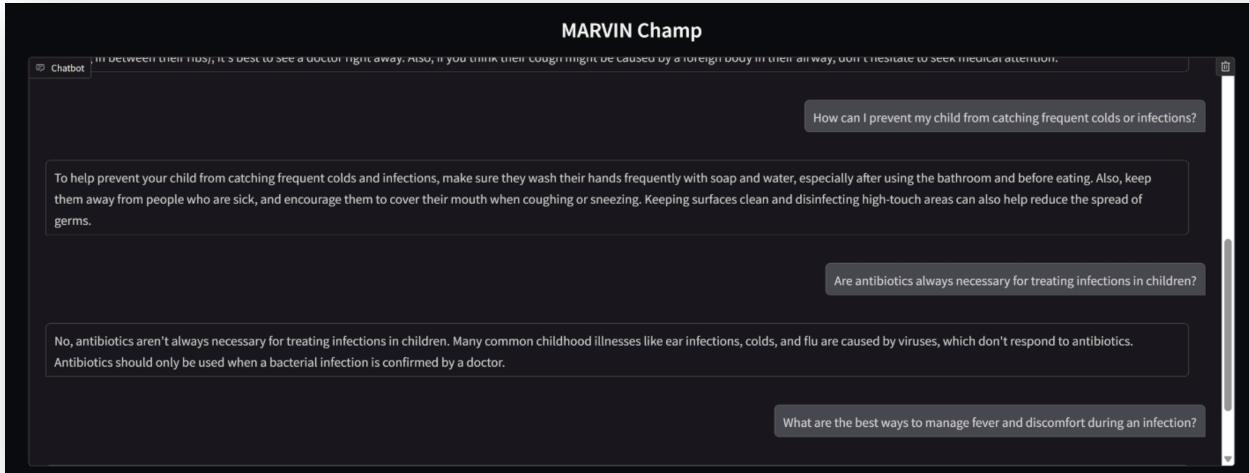


Figure 5.2 : Capture d'écran d'un échange avec le chatbot CHAMP.

Améliorations apportées : Un prototype fonctionnel de CHAMP a été développé et perfectionné grâce à l'engagement et aux commentaires des partenaires. Les améliorations portent sur trois domaines principaux :

1. **Base de connaissances :** Les réponses de CHAMP s'appuient sur sa base de connaissances composée de sources de haute qualité, à commencer par « De la petite enfance à la maternelle » de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Les réponses du chatbot sont limitées à cette base de données afin de minimiser les « hallucinations » et les informations erronées. Lors des tests en conditions réelles, CHAMP a fourni des informations sur la santé, des réponses graduées en fonction des symptômes (par exemple, fièvre légère ou forte) et a indiqué quand il fallait consulter un médecin en urgence. Néanmoins, les partenaires ont noté que certaines réponses étaient trop prudentes ou manquaient de contextualisation pour le contexte montréalais. Du contenu pédiatrique supplémentaire provenant de Naître et Grandir est en cours d'intégration dans le prototype, ce qui améliorera la couverture des infections respiratoires.
2. **Interface et accessibilité :** CHAMP conserve une mémoire à court terme, ce qui permet aux utilisateurs de poser des questions complémentaires sans avoir à se répéter. Sur la base des commentaires des partenaires, les réponses sont en cours de révision afin d'en améliorer l'accessibilité (par exemple, niveau de lecture de 6e année). Pour aider les nouveaux utilisateurs, l'écran d'accueil propose des questions suggérées. Des listes à puces et des arbres décisionnels sont actuellement testés afin d'améliorer la clarté et de réduire la charge cognitive. En raison de contraintes matérielles, l'équipe de développement travaille actuellement à l'optimisation de la vitesse de réponse.
3. **Aide à la décision et navigation :** CHAMP met l'accent sur son rôle d'outil d'aide à la décision et non de substitut au diagnostic médical. Lors des tests en conditions réelles, il a clairement indiqué qu'il s'agissait d'un modèle linguistique de grande envergure et non d'un médecin, ce que les partenaires

ont trouvé rassurant. Les efforts de développement en cours se concentrent sur la conception de scénarios d'utilisation qui renforcent la fonction prévue de CHAMP en tant qu'outil d'orientation et de navigation au sein de l'écosystème de soins de santé du Québec et du Canada.

Impacts sur les objectifs :

1. Amélioration de l'expérience et des résultats pour les patients : l'implication des familles et des citoyens partenaires dans la co-construction garantit que CHAMP répond aux valeurs, aux besoins et aux réalités de ses utilisateurs cibles, contribuant ainsi à atténuer les risques potentiels associés aux outils de santé numériques exclusifs.
2. Amélioration de la santé de la population : CHAMP fournit des informations accessibles et fiables sur la santé pédiatrique, favorisant l'autogestion des infections respiratoires aiguës de faible urgence.
3. Amélioration de l'efficacité du système de santé : en fournissant des informations sur la santé et une aide à la décision, CHAMP peut favoriser l'autogestion à domicile, réduire les visites aux urgences pour des cas de faible urgence et renforcer la participation et la confiance du public dans la technologie.
4. Amélioration de l'équité dans les services de santé et les services sociaux : CHAMP est conçu pour être accessible grâce à un langage simple, à une diffusion numérique et à des capacités multilingues futures.
5. Amélioration du bien-être des ressources humaines dans les services de santé et les services sociaux : CHAMP peut réduire la charge des prestataires de soins de santé en fournissant aux familles des informations fiables sur la santé. CHAMP renforce également les limites claires afin de préserver le pouvoir décisionnel des prestataires de soins de santé tout en responsabilisant les familles.

Comment citer ce rapport : Osmanlliu E, Liu J, Ma Y, Lebouché B (2025). Améliorer la trajectoire de soins liée aux infections respiratoires : développement et distribution d'un chatbot CHAMP pour guider les parents. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajectoire-de-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

5.2 COPRI provincial – Où consulter?

La Cohorte en soins primaires (COPRI) est une étude prospective recrutant des adultes suivis dans des GMF à travers le Québec. La cohorte a été créée pour soutenir un système de santé apprenant, impliquant l'engagement des patients-partenaires et des cliniciens, afin d'améliorer les soins primaires. Soutenue et initiée par le Réseau-1 Québec, COPRI se déploie présentement dans les 4 RUISSS du Québec. Les données collectées dans COPRI incluent des questionnaires et des données cliniques extraites des dossiers médicaux, avec une possibilité d'appariement avec les données provinciales (RAMQ, MedEcho, Registre des vaccins).



Cohorte en soins primaires
Cohort in primary care

The COhort in PRImary Care (COPRI) of Réseau-1 Québec, a study protocol

Alexandra de Pokornady^{1,2}, Isabel Rodrigues³, Magaly Brodeur⁴, Jean-Sébastien Paquette⁵, on behalf of the COPRI team

¹ Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada; ² Research Institute of the McGill University Health Centre, Montreal, QC, Canada; ³ Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada; ⁴ Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada; ⁵ Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université Laval, Québec city, QC, Canada.

CONTEXT	OBJECTIVES/AIMS																		
<ul style="list-style-type: none"> Most healthcare is provided in primary care settings, yet most research is conducted in specialized contexts^{1,2} Real life application of medical knowledge may differ from trial contexts, and family physicians are well positioned to observe this A longitudinal observational study design, using the appropriate statistical approach, is ideal to investigate how to improve primary care in a sustainable manner Meaningful involvement of stakeholders (clinicians, patient-partners, researchers, and other decision-makers) is key to conduct pertinent research and improve care³ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. To create a collaborative research infrastructure that will enhance local capacity in primary care research methods 2. To determine factors associated with higher quality primary care and better health outcomes 3. To identify areas of primary care that require improvements using patient perspectives, administrative data, and clinical data 4. To support primary care teams in applying reflective practices for continuous quality improvement 5. To support clinical and organizational decision-making to improve primary care services 																		
STUDY DESIGN																			
<ul style="list-style-type: none"> COPRI is a collaborative prospective open cohort study involving the four family medicine departments of Quebec province Patient-partners and family physicians engaged in all stages Recruitment target for wave 1: 2600 adults followed at one of the 29 participating family medicine clinics Multiple research questions on a variety of outcomes will be examined over the years Research ethics approval of study sites is in progress 	<ul style="list-style-type: none"> Data collection will consist of online questionnaire that may be self-administered or completed with research staff member, and electronic medical records data extraction, every 12-18 months Data linkage with provincial administrative databases will also be possible to complete or validate the data 																		
 <p>Figure 1: Geographic distribution of the participating clinics in COPRI</p>	<p>Table 1: Summary of data collected through questionnaires</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Cohort</th> <th style="width: 80%;">List of data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Socio-demographic data</td> <td>Sex at birth, gender identity, sexual orientation, legal relationship status, place of birth, immigration status, ethnicity, language spoken, education, employment, household income, personal income, housing security, food security, postal code (first 3 digits), religion, living situation, children, social support.</td> </tr> <tr> <td>General health and beliefs</td> <td>Past medical diagnosis for physical health, mental health or disability, past pregnancies, health behaviours such as smoking/vaping, alcohol, drugs, physical activity, sleep; self-perception of health, medication taken, vaccines received, allergies, trust and beliefs on medical issues, use of social media, trusted sources of medical information.</td> </tr> <tr> <td>Healthcare use and services</td> <td>Characteristics of provider (language, gender), frequency of family doctor visits/years, preferences and satisfaction with care, specialists involved, trust in healthcare, experiences of discrimination, past experience and interest in participating in research.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Table 2: Summary of data collected through electronic medical records</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Cohort</th> <th style="width: 80%;">List of data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Socio-demographic data</td> <td>Sex at birth, Year of birth, postal code (first 3 digits)</td> </tr> <tr> <td>Medical diagnoses, habits and interventions received</td> <td>Past medical diagnosis for physical health, mental health or disability, past pregnancies, transgender status if available, habits such as smoking, alcohol, drugs, medication taken, vaccines received, birth control, allergies</td> </tr> <tr> <td>Healthcare use and services</td> <td>Characteristics of provider (language, gender), frequency of family doctor visits/years</td> </tr> <tr> <td>Physical exam and test results</td> <td>Height, weight, blood pressure measurements, most recent results of laboratory, imaging, pathology tests (cytology and biopsies) or cancer screening tests (colonoscopies, colonoscopies). Dates of these tests and measurements.</td> </tr> </tbody> </table>	Cohort	List of data	Socio-demographic data	Sex at birth, gender identity, sexual orientation, legal relationship status, place of birth, immigration status, ethnicity, language spoken, education, employment, household income, personal income, housing security, food security, postal code (first 3 digits), religion, living situation, children, social support.	General health and beliefs	Past medical diagnosis for physical health, mental health or disability, past pregnancies, health behaviours such as smoking/vaping, alcohol, drugs, physical activity, sleep; self-perception of health, medication taken, vaccines received, allergies, trust and beliefs on medical issues, use of social media, trusted sources of medical information.	Healthcare use and services	Characteristics of provider (language, gender), frequency of family doctor visits/years, preferences and satisfaction with care, specialists involved, trust in healthcare, experiences of discrimination, past experience and interest in participating in research.	Cohort	List of data	Socio-demographic data	Sex at birth, Year of birth, postal code (first 3 digits)	Medical diagnoses, habits and interventions received	Past medical diagnosis for physical health, mental health or disability, past pregnancies, transgender status if available, habits such as smoking, alcohol, drugs, medication taken, vaccines received, birth control, allergies	Healthcare use and services	Characteristics of provider (language, gender), frequency of family doctor visits/years	Physical exam and test results	Height, weight, blood pressure measurements, most recent results of laboratory, imaging, pathology tests (cytology and biopsies) or cancer screening tests (colonoscopies, colonoscopies). Dates of these tests and measurements.
Cohort	List of data																		
Socio-demographic data	Sex at birth, gender identity, sexual orientation, legal relationship status, place of birth, immigration status, ethnicity, language spoken, education, employment, household income, personal income, housing security, food security, postal code (first 3 digits), religion, living situation, children, social support.																		
General health and beliefs	Past medical diagnosis for physical health, mental health or disability, past pregnancies, health behaviours such as smoking/vaping, alcohol, drugs, physical activity, sleep; self-perception of health, medication taken, vaccines received, allergies, trust and beliefs on medical issues, use of social media, trusted sources of medical information.																		
Healthcare use and services	Characteristics of provider (language, gender), frequency of family doctor visits/years, preferences and satisfaction with care, specialists involved, trust in healthcare, experiences of discrimination, past experience and interest in participating in research.																		
Cohort	List of data																		
Socio-demographic data	Sex at birth, Year of birth, postal code (first 3 digits)																		
Medical diagnoses, habits and interventions received	Past medical diagnosis for physical health, mental health or disability, past pregnancies, transgender status if available, habits such as smoking, alcohol, drugs, medication taken, vaccines received, birth control, allergies																		
Healthcare use and services	Characteristics of provider (language, gender), frequency of family doctor visits/years																		
Physical exam and test results	Height, weight, blood pressure measurements, most recent results of laboratory, imaging, pathology tests (cytology and biopsies) or cancer screening tests (colonoscopies, colonoscopies). Dates of these tests and measurements.																		
EXPECTED OUTCOMES	THE COPRI TEAM																		
<ul style="list-style-type: none"> Building a provincial primary care cohort in family medicine clinics will allow primary care researchers, clinicians, patient-partners and decision makers to work together to investigate specific questions pertinent to primary care and improve healthcare It will enable collaborative improvements in care at local level and provincial level and will strengthen primary care research 	<p>Barnett T, Beauchemin-Nadeau M, Bédard T, Boisjoly MC, Boucher MC, Bouhalil T, Brodeur M, Brisebois A, Foley M, Charbonneau V, Cohn M, Courville Le Bouyerne A, Couture Y, Delage E, Del Grande C, de Polomandy A, Dooley K, Dubé A, Gauthier A, Glazier R, Gonzales Reyes A, Groulx A, Isobel M, Farczynski J, Khanzov S, Kosi K, Mayamona Y, Lubrano M, Langvin S, Lambert L, Larney S, Layton G, Lussier MT, Lussier S, MacLaren L, Marin C, Paquette JS, Poitras ME, Pothume C, Rodriguez I, Schuster T, Sergerie V, Shawans A, Shouval MR, Talbot A, Todd K, Trépanier E, Valcourt St-Jean E, Zhang S.</p> <p>1. De Massalier JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. <i>The Lancet</i> 2003;362:1314-5. 2. Canadian Institutes of Health Research. Lost in translation: New funding for family medicine research remains limited. The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) CIHR Institute of Health Services and Policy Research Strategic Plan 2015-2019: Health System Transformation Through Research Innovation. December 2015. Institute of Health Services and Policy Research Strategic Plan 2015-2019: Health System Transformation Through Research Innovation.</p>																		

Presented at NAPCRG, San Francisco, Nov 2023

 **Réseau-1 Québec**

 **Université de Montréal**

 **McGill**

 **Université de Sherbrooke**

Figure 5.2: Affiche présentée à NAPCRG 2023 résumant le protocole de la Cohorte en Soins Primaires (COPRI)

Dans le premier questionnaire de COPRI provincial, nous avons intégré des questions sur la trajectoire des infections respiratoires afin de mieux comprendre où les gens consultent et ce qui les aiderait dans leur autonomie. Ces informations serviront à planifier les prochains cycles d'amélioration continue de la trajectoire des infections respiratoires, ainsi que la mise à l'échelle.

Les questions sont à choix multiples et incluent :

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des symptômes d'infection respiratoire au moins une fois (congestion nasale, toux, fièvre, difficulté à respirer)?

Pour les participants ayant répondu oui à la question 1:

2. Indiquez tous les services de santé auxquels vous avez-eu recours pour une infection respiratoire au cours de la dernière année
3. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé (gardé à l'hôpital pendant au moins 24 heures) pour une infection respiratoire?

Pour les participants ayant répondu avoir des enfants sous leur responsabilité:

4. Au cours de la dernière année, est-ce que l'un ou plusieurs des enfants sous votre responsabilité ont eu des symptômes d'infection respiratoire au moins une fois (congestion nasale, toux, fièvre, difficulté à respirer)?

Pour les participants ayant enfants sous leur responsabilité qui ont eu une infections respiratoires :

5. Indiquez tous les services de santé auxquels vous (ou un autre adulte) avez-eu recours pour une infection respiratoire d'un des enfants habitant avec vous au cours de la dernière année:
6. Indiquez le groupe d'âge de tous les enfants pour lesquels les services sélectionnés dans la question précédente ont été consulté.

Pour les participants ayant eu une infection respiratoire à gérer pour eux même ou des enfants (répondu oui à 1 ou 4):

7. Lorsque vos enfants ou vous-même étaient malades, indiquez quelles ressources supplémentaires auraient pu vous aider à gérer la maladie... »

Résultats : En date du 6 juin 2025, 781 participants ont répondu au questionnaire.

- 59.9% (n=468) ont rapporté avoir eu des symptômes d'infection respiratoire au cours des 12 derniers mois.
 - 2.1% (n=10) des personnes avec symptômes ont été hospitalisé pour ces symptômes (>24h)
 - Services de santé auxquels vous avez-eu recours pour une infection respiratoire au cours de la dernière année :
- 291 participants ont au moins un enfant sous leur responsabilité.
- 45.5% ont rapporté qu'au moins un enfant sous leur responsabilité a eu des symptômes d'infection respiratoire au cours des 12 derniers mois

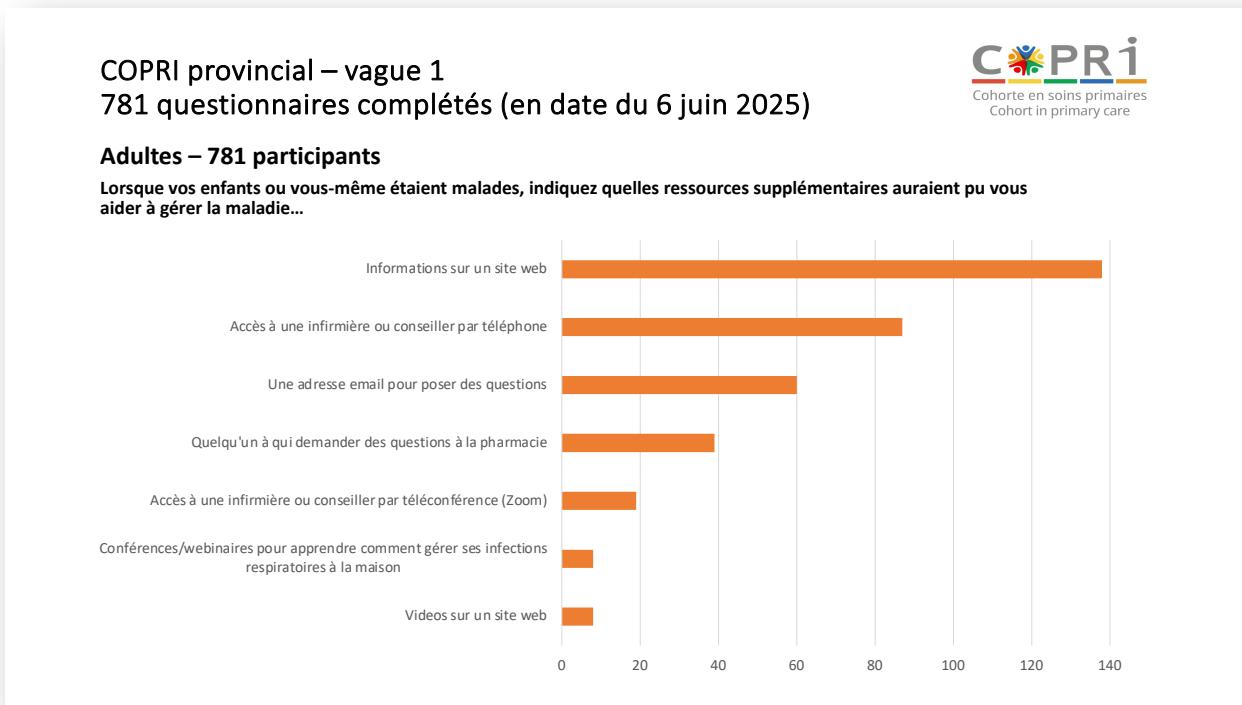
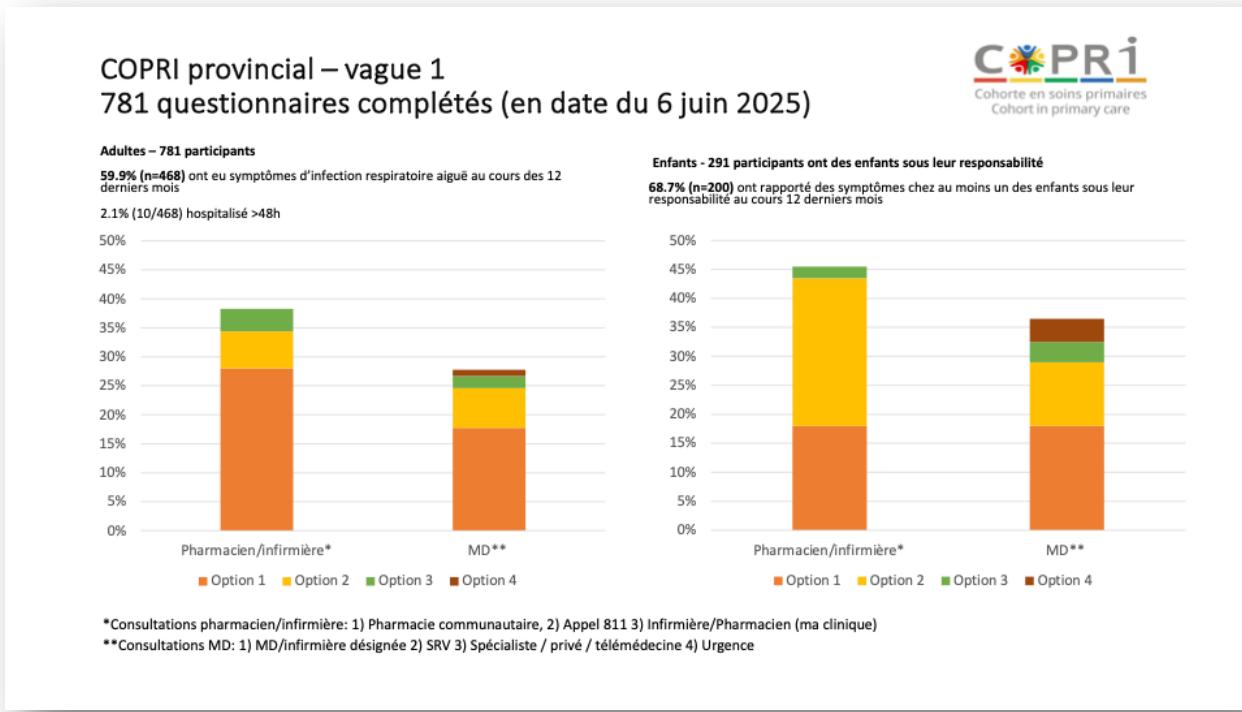


Figure 5.3 : Résultats préliminaires de la Cohorte en Soins Primaires (COPRI) en ce qui concerne les infections respiratoires.

Leaders COPRI: Alexandra de Pokomandy, Isabelle Rodrigues, Jean-Sébastien Paquette, Magaly Brodeur, Isabelle Gaboury, Araceli Gonzalez Reyes

Équipe COPRI:

Barnett T, Beauchemin-Nadeau ME, Bériault K, Bosoi MC, Boucher MC, Bouhali T, Brodeur M, Brousseau-Foley M, Charbonneau V, Cohen M, Courville-Le Bouyonnec A, Couture Y, Delage B, Del Grande C, de Pokomandy A, Dooley K, Dubé A, Gauthier A, Glaser E, Gonzalez Reyes A, Groulx A, Isabel M, Kaczorowski J, Khanassov V, Kosi Kola Mayamona Y, Laberge M, Langevin S, Lambert L, Larney S, Layani G, Lussier MT, Lussier S, MacLaren L, Morin C, Paquette JS, Picotte ME, Poitras ME, Rhéaume C, Rodrigues I, Schuster T, Sergerie V, Shoucri MR, Talbot A, Todd K, Trépanier E, Valcourt St-Jean E, Zhang S, Danna S, Kleiner B, Chawla S, Martin C, Mokkaddam M, Ania Johnstone.

Comment citer ce rapport : de Pokomandy A, Rodrigues I, Paquette JS, Brodeur M, Gaboury M, Gonzalez Reyes A (2025). Comment soutenir l'autonomie des patients dans les infections respiratoires, résultats de COPRI. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-une-trajectoire-de-soins-liee-aux-infections-respiratoires-le-ruisss-mcgill-active-le-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le YYYY-MMM-JJ]

6 Mise à l'échelle

6.1 Mise à l'échelle – dépliant pour soutenir l'autonomie des patients

Potentiel de mise à l'échelle

Le potentiel de mise à l'échelle est prometteur pour les raisons suivantes (en ordre approximatif d'importance)

- Langage accessible : Le dépliant est un outil de transfert de connaissance développé par les patients et pour les patients, après avoir suivi une formation sur les infections respiratoires donnée par un médecin de famille.
- Groupes vulnérables et minorités : En choisissant les mots et le contenu, les patients partenaires étaient très sensibles aux besoins des personnes peu scolarisées et des immigrants récents. Ils ont vérifié la compréhension auprès de plusieurs types de personnes, et le dépliant a été traduit en plusieurs langues.
- Contextes locaux : Les patients partenaires privilégient un professionnel de la santé comme source principale d'information fiable, par exemple à la clinique ou la pharmacie. D'autres sources fiables identifiées sont les écoles ou les organismes communautaires.
- Infrastructure organisationnelle : La clinique médicale pour le projet pilote avait un comité d'amélioration de la qualité et un agent d'amélioration continue de la qualité.
- Intervention pilote : L'intervention visant la diffusion du dépliant suggère que la distribution par les infirmières est cohérente avec leur pratique et leur disposition professionnelles, et que les patients apprécient l'information. Tous les outils et guides pour le projet pilote sont disponibles.

Plan de mise à l'échelle

En septembre 2025, la clinique du projet pilote envisage de reprendre la distribution du dépliant, suivre de près le processus d'amélioration et évaluer l'impact. Plusieurs cliniques-membres du Réseau de recherche axée en pratique de première ligne de McGill (RRAPPL), sont ouvertes à implanter la distribution et l'évaluation de façon séquentielle pour accumuler les apprentissages, et ainsi avoir un menu de bonnes pratiques pour différents modèles de cliniques dans différents contextes à l'été 2026. Il y a aussi quelques pharmacies qui sont disponibles pour faire la distribution.

Basé sur l'intervention pilote, il est recommandé de prendre en considération les éléments suivants pour la mise à l'échelle :

- **Infrastructure de suivi et évaluation :** La capacité et le savoir-faire pour l'amélioration de la qualité semblent encore faibles dans les cliniques, chez les cliniciens et même dans les équipes de recherche, surtout au niveau de l'adaptation rapide de processus en début de projet. Il serait important de faire des activités de formation et d'avoir un responsable de projet avec l'expertise requise.

- **Engagement de patients et patientes pour le projet local :** Bien que les patients étaient au cœur du développement du dépliant, il est important d'impliquer et de former les patients pour le contexte spécifique. Leur avis doit être pris en considération tout au long du projet.
- **Équipe d'innovation et infrastructure organisationnelle :** Même avec un comité d'amélioration de la qualité, les rôles et responsabilités de l'équipe responsable doivent être définis clairement et l'équipe doit avoir accès aux ressources nécessaires pour exécuter le projet (y compris l'impression de dépliants, temps requis pour la planification, l'évaluation et le suivi). Il est essentiel de rejoindre les patients hors des heures du bureau pour faire l'évaluation.

6.2 Mise à l'échelle – chatbot pour soutenir l'autonomie des parents

Potentiel de mise à l'échelle

Bien que le programme CHAMP en soit encore à la phase pilote, une évaluation préliminaire réalisée à l'aide de l'outil ISSaQ 4.0 confirme son fort potentiel de mise à l'échelle future, après un essai d'efficacité prévu. Le programme CHAMP répond à un problème de santé important (C1) : les visites évitables aux urgences pour des infections respiratoires aigües pédiatriques peu urgentes. La co-construction avec les familles et les citoyens partenaires a été fondamentale pour le développement de CHAMP (C2), les considérations relatives à la mise à l'échelle ayant été intégrées dès le départ et des consultations supplémentaires étant prévues pendant l'essai. Conçu pour promouvoir l'équité, l'accessibilité et la sécurité culturelle (C3), CHAMP comprend des fonctionnalités telles qu'un niveau de lecture de 6e année, un contenu inclusif et des capacités multilingues futures pour lutter contre la fracture numérique. Le CHAMP s'aligne sur les objectifs d'innovation responsable en matière de santé aux niveaux provincial et national (C4), y compris la stratégie pancanadienne IA pour la santé (IA4S). Bien que les données officielles sur l'efficacité soient en cours (C5), les résultats d'un essai précédent du chatbot MARVIN, l'infrastructure sur laquelle le CHAMP est adapté, ont démontré l'utilisabilité et l'acceptabilité globales de l'outil pour l'autogestion du VIH, ce qui permet de l'étendre à d'autres populations atteintes de maladies. Des fonds supplémentaires sont nécessaires pour soutenir la mise à l'échelle de l'infrastructure et le déploiement dans le cloud (C6). L'architecture multi-agents novatrice de CHAMP permet une évolutivité et une durabilité contextuelles (C7), et la population cible est bien définie et présente un fort potentiel de couverture (C8). Le vif enthousiasme suscité lors des ateliers de co-construction témoigne d'une acceptabilité précoce (C9), qui sera évaluée de manière formelle dans le cadre de l'essai prévu. Des partenariats avec le RUISSS, l'Hôpital de Montréal pour enfants, PROMIS, Garage à Musique, Première Ressource Aide aux parents (PRAP), Naitre et Grandir et le Centre d'excellence sur les partenariats avec les patients et le public soutiendront le déploiement à grande échelle (C10). Des structures seront mises en place pour surveiller et évaluer le processus de mise à l'échelle (C11), mais un engagement institutionnel durable et un financement à long terme sont encore nécessaires (C12).

Plan de mise à l'échelle

Une fois l'essai prévu sur l'efficacité de la mise en œuvre terminé, le CHAMP poursuivra un plan de mise à l'échelle par étapes. La phase 1 consistera à déployer le projet en partenariat avec des institutions clés (p. ex. les SRUSSS, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital Sainte-Justine) afin d'évaluer son utilisation dans le monde réel et d'affiner l'outil pour les populations multilingues et culturellement diverses. La phase 2 étendra la mise en œuvre à d'autres régions du RUISSS au Québec, en intégrant les parcours de soins locaux et les répertoires de ressources afin d'améliorer la pertinence et l'adoption. La phase 3 explorera une intégration provinciale plus large grâce à des partenariats avec Info-Santé 811, les systèmes de santé scolaires et les organisations communautaires. Tout au long des phases, l'architecture multi-agents novatrice de CHAMP soutiendra l'adaptation, et des systèmes de surveillance seront mis en place pour suivre les résultats en matière de sécurité, d'équité et d'acceptabilité. Une réévaluation post-essai à l'aide de l'outil ISSaQ 4.0 guidera l'amélioration itérative et garantira une mise à l'échelle responsable et durable.

7 Récit d'impact

7.1 Récit d'impact – dépliant pour soutenir l'autonomie des patients

Transmission du savoir : Le camp d'entraînement a démontré qu'une grande diversité de patients avait la capacité d'adapter des informations destinées au niveau universitaire en messages destinés à d'autres patients dans un langage approprié au grand public; abordant les lacunes courantes de connaissances et ce qui est le plus important pour les patients, tout en étant à la fois précis et accessible.

Expertise : L'expertise expérimentuelle des patients a été fondamentale, mais encadrée par l'expertise des cliniciens, facilitateurs, chercheurs et l'expérience professionnelle des patients eux-mêmes pour coréaliser le meilleur produit possible.

Recherche : Il est important pour les chercheurs de mieux comprendre la distinction entre les pratiques, les méthodes et les produits de recherche pure, l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité, ainsi leur familiarité avec tous ces éléments renforcera la recherche basée sur la pratique et l'innovation clinique.

Leader : Les patients partenaires ne sont pas tous égaux et les bons leaders patients partenaires apportent un élément positif. Les leaders valent leur pesant d'or lors de la sélection et la formation de divers patients partenaires, puis en modélisant les meilleures pratiques, ce qui permet à tous de faire de leur mieux.

Méthode : Des méthodes participatives spécifiques et reproductibles améliorent la capacité à impliquer les patients et à tirer profit de leur expérience et leur expertise efficacement (camps d'entraînement, parcours de patients, patients comme pairs chercheurs, spécifications minimales).

7.2 Récit d'impact – chatbot pour soutenir l'autonomie des parents

Les infections respiratoires aiguës chez les enfants sont la principale cause de consultation aux urgences au Canada. Pourtant, bon nombre de ces consultations ne sont pas urgentes et peuvent être gérées en toute sécurité à domicile grâce à des informations sanitaires fiables et disponibles en temps opportun. Afin d'aider les familles à prendre des décisions éclairées, le Dr Esli Osmanliu (médecin urgentiste pédiatrique et chercheur clinique), le Dr Bertrand Lebouché (clinicien-chercheur principal), Yuanchao Ma (doctorant) et Jia Lin (doctorante) ont mis au point un chatbot basé sur l'IA pour les soins pédiatriques en cas d'infections respiratoires aiguës : le CHatbot to Assist the Management of Pediatric patients (CHAMP).

Afin de garantir sa pertinence et son accessibilité pour la population diversifiée de Montréal, CHAMP a donné la priorité à la co-construction avec les familles et les citoyens partenaires. L'équipe a organisé trois ateliers de co-construction et des consultations individuelles afin de développer, tester et affiner le prototype du chatbot de manière itérative. Les contributions des partenaires ont directement influencé les priorités de développement de CHAMP, contribuant ainsi à garantir que l'outil réponde aux besoins, aux valeurs et aux obstacles réels auxquels sont confrontées les familles. Le prototype qui en

résulte fournit des réponses fondées sur des données probantes provenant de sources pédiatriques fiables, notamment des conseils sur les cas nécessitant des soins d'urgence. L'interface prend également en charge la mémoire à court terme pour les questions de suivi, utilise un langage simplifié correspondant au niveau de lecture de la 6e année et suggère des questions pour améliorer la convivialité et réduire la charge cognitive. CHAMP communique clairement son rôle d'outil d'aide à la décision – et non de médecin –, ce que les partenaires ont trouvé rassurant.

L'équipe élargit actuellement la base de connaissances de CHAMP grâce à une collaboration avec Naitre et Grandir. Dans l'ensemble, CHAMP démontre la valeur de la co-construction dans la création d'outils de santé numériques fonctionnels, fiables et adaptés aux besoins des patients et des familles. CHAMP a le potentiel de réduire le nombre de visites non urgentes aux urgences tout en permettant aux familles de gérer en toute sécurité la santé de leurs enfants à domicile, ce qui annonce un changement évolutif dans la prestation des soins pédiatriques.