



## **RAPPORT DU PROJET PILOTE MINISTÉRIEL :**

# **UNE APPROCHE INTÉGRÉE DES OBJECTIFS DE SOINS ET DE LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS : VERS UNE PRATIQUE COHÉRENTE ET PLUS HUMAINE**

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

31 OCTOBRE 2025

**Production**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke  
375, rue Argyll, Sherbrooke (Québec) J1J 3H5  
santeestrie.qc.ca

**Rédaction**

Fritzna Blaise, M.Sc, Agente de planification, de programmation et de recherche,  
Direction des soins infirmiers  
Andréanne Lacharité, B.Sc.Inf., Conseillère en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers  
Louise La Fontaine, Md, PhD éthique

**Révision**

Direction des soins infirmiers

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

*Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.*

# **MOT DU COMITÉ DIRECTEUR DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS**

Le comité directeur du projet « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » souhaite exprimer sa grande fierté devant le travail accompli dans le cadre de ce projet pilote. Par son ampleur et sa rigueur, cette initiative a permis de franchir une étape décisive vers une pratique plus cohérente, centrée sur l'humain et respectueuse des volontés des usager(-ère)s et de leurs proches.

Nous saluons la mobilisation exceptionnelle des équipes cliniques, des gestionnaires, des partenaires institutionnel(le)s et des usager(-ère)s qui ont contribué activement à toutes les étapes du projet. Leur engagement a permis non seulement de tester et d'optimiser un nouvel outil clinique, mais aussi d'amorcer une véritable transformation des pratiques.

Les constats et les résultats présentés dans ce rapport témoignent de la pertinence d'une approche structurée et interdisciplinaire des objectifs de soins. Ils rappellent aussi l'importance d'un dialogue clair et continu entre les professionnel(le)s, les usager(-ère)s et leurs proches, afin de bâtir une relation de confiance et d'assurer des soins de qualité, alignés avec les valeurs et les préférences de chacun(e).

En tant que comité directeur, nous réitérons notre appui à la poursuite de cette démarche et à son déploiement à plus grande échelle. Nous sommes convaincu(e)s que cette initiative représente une contribution majeure à l'humanisation des soins au Québec et à l'amélioration continue de notre système de santé.

Geneviève Dion, TS, Conseillère cadre clinicienne,  
Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS)

Lawrence Fillion, Inf., Directeur adjoint,  
Direction des soins infirmiers (DSI)

Suzanne Gosselin, Md, Directrice adjointe,  
Direction médicale et des services professionnels (DMSP)



# TABLE DES MATIÈRES

<b>MOT DU COMITÉ DIRECTEUR DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>7</b>
1. CONTEXTE .....	7
2. OBJECTIFS DU PROJET .....	8
3. POPULATION CIBLE ET BÉNÉFICES ATTENDUS .....	9
4. PRINCIPAUX CHANGEMENTS ASSOCIÉS AU NOUVEAU PROCESSUS .....	10
4.1 Modifications apportées au nouveau formulaire .....	11
4.2 Rôles et responsabilités dans l'élaboration de l'objectif de soins .....	12
5. ACTUALISATION DU PROJET PILOTE AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS .....	13
5.1 Résumé des phases de mise en œuvre .....	13
5.2 Structure de gouvernance du projet pilote .....	16
5.3 Évaluation du projet pilote et suivi des indicateurs .....	18
6. STRUCTURE ET PORTÉE DU RAPPORT .....	19
<b>PHASE I : EXPÉRIMENTATION ET OPTIMISATION DU FORMULAIRE DANS LE RLS DE LA POMMERAIE .....</b>	<b>21</b>
1 INTRODUCTION .....	21
1.1 Choix du RLS de La Pommeraie .....	21
1.2 Objectif et actualisation de la phase 1 .....	21
2 FORMATION ET WEBINAIRE .....	22
2.1 Portrait de la participation .....	22
3 EXPÉRIMENTATION DU FORMULAIRE .....	23
4 VISITES DES MILIEUX ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS CLINIQUES .....	24
5 MÉTHODOLOGIE ET OUTILS D'ÉVALUATION .....	25
5.1 Sondages auprès des professionnel(le)s cliniques .....	25
5.2 Entrevues semi-dirigées auprès des usager(-ère)s et de leurs proches .....	26
5.3 Audits des formulaires aux dossiers .....	26
6 PRINCIPAUX RÉSULTATS .....	27
6.1 Principaux résultats du sondage réalisé auprès des médecins .....	27
6.2 Principaux résultats du sondage auprès des IPS .....	28
6.3 Principaux résultats du sondage réalisé auprès du personnel infirmier .....	28
6.4 Principaux résultats de l'entrevue semi-dirigée réalisée auprès des usager(-ère)s .....	28
6.5 Principaux résultats des audits des dossiers .....	30
7 PRINCIPAUX CONSTATS .....	31
8 CONCLUSION .....	34
<b>PHASE II : DÉPLOIEMENT PROGRESSIF ET CONSOLIDATION DE LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION .....</b>	<b>35</b>
1 INTRODUCTION .....	35
1.1 Choix du RLS de Memphrémagog .....	35
1.2 Objectif et actualisation de la Phase 2 .....	35
2 FORMATION PAR WEBINAIRE .....	37
2.1 Participation aux webinaires et visionnements en différé .....	37
3 DÉPLOIEMENT DU FORMULAIRE RÉVISÉ ET ENJEUX LIÉS AU CONTEXTE .....	37
4 VISITE DES MILIEUX ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNEL(LE)S CLINIQUES .....	38
5 MÉTHODE ET OUTILS D'ÉVALUATION .....	39
5.1 Sondages auprès des professionnel(le)s cliniques .....	39
5.2 Entrevues semi-dirigées auprès des usager(-ère)s .....	39
5.3 Audits de dossiers .....	40
6 PRINCIPAUX RÉSULTATS .....	40
6.1 Sondage auprès des médecins et des IPS .....	40
6.2 Sondage auprès des clinicien(ne)s provenant de l'équipe multidisciplinaire .....	42
6.3 Principaux résultats des entrevues semi-dirigées réalisées auprès des usager(-ère)s .....	43
6.4 Principaux résultats de l'audit de dossiers .....	44

7	CONSTATS PRINCIPAUX .....	46
8	CONCLUSION .....	48
<b>PHASE III : DÉPLOIEMENT À L'ECHELLE ORGANISATIONNELLE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS.....</b>		<b>49</b>
1	INTRODUCTION.....	49
1.1	Objectif .....	49
1.2	Actualisation de la Phase 3 .....	49
2	DÉPLOIEMENT DU FORMULAIRE RÉVISÉ ET ENJEUX LIÉS AU CONTEXTE .....	53
3	SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS CLINIQUES ET COLLABORATION AVEC DES PARTENAIRES .....	54
4	MÉTHODE ET OUTILS D'ÉVALUATION .....	56
5	PRINCIPAUX RÉSULTATS .....	57
5.1	Collecte des commentaires dans le formulaire <i>Microsoft Forms</i> .....	57
5.2	Résultats de la participation à la formation et de la satisfaction .....	58
5.3	Sondage auprès des médecins et des IPS - Résultats et commentaires .....	60
5.4	Sondage auprès des professionnel(le)s multidisciplinaires – Résultats et commentaires .....	66
5.5	Principaux résultats du sondage effectué auprès des porteur(-euse)s .....	68
6	PRINCIPAUX CONSTATS .....	78
6.1	Gouvernance .....	79
6.2	Formations .....	79
6.3	Adhésion au processus « objectifs de soins ».....	80
7	CONCLUSION .....	82
7.1	Recommandations .....	82
<b>ANNEXES : INTÉGRATION PHASE 1 RLS DE LA POMMERAIE.....</b>		<b>90</b>
Annexe 1 : Sondage médecins.....		90
Annexe 2 : Sondage IPS.....		91
Annexe 3 : Sondage personnel infirmier .....		92
Annexe 4 : Statistiques – Rediffusion des formations et webinaires en ligne .....		94
Annexe 5 : Récapitulatif des visites et des rencontres.....		94
Annexe 6 : Résumé quantitatif des professionnel(le)s rencontré(e)s.....		95
Annexe 7 : Synthèse des principaux résultats de l'entrevue menée auprès des usager(-ère)s.....		95
Annexe 8 : Synthèse des champs clés du formulaire complété .....		96
Annexe 9 : Principaux constats et enjeux identifiés lors de l'utilisation du nouveau formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » .....		97
<b>ANNEXES - INTÉGRATION PHASE 2 RLS MEMPHRÉMAGOG.....</b>		<b>98</b>
Annexe 10 : Sondage auprès des médecins et des IPS .....		98
Annexe 11 : Sondage auprès des clinicien(ne)s provenant de l'équipe multidisciplinaire .....		100
Annexe 12 : Perception des usager(-ère)s sur la discussion des objectifs de soins.....		103
Annexe 13 : Retours sur les outils remis aux usager(-ère)s .....		103
Annexe 14 : Synthèse des champs clés du formulaire complété – Audits des dossiers .....		104
Annexe 15 : Principaux constats et enjeux identifiés lors de la phase 2.....		104
<b>ANNEXES – INTÉGRATION PHASE 3 CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS .....</b>		<b>105</b>
Annexe 16 : Formation en ligne professionnel(le)s multidisciplinaires .....		105
Annexe 17 : Résultats détaillés du sondage auprès des médecins et des IPS .....		106
Annexe 18 : Résultats détaillés du sondage auprès des professionnel(le)s multidisciplinaires.....		113
Annexe 19 : Sondage porteur(euse)s – Recommandations.....		119
Annexe 20 : Constats et enjeux .....		120
<b>ANNEXES COMPLÉMENTAIRES.....</b>		<b>122</b>

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## 1. CONTEXTE

---

En 2016, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a élaboré une trousse d'outils incluant un formulaire et un guide sur les niveaux de soins, visant à uniformiser les pratiques cliniques au sein du réseau de la santé au Québec. Malgré sa diffusion dans les établissements de santé, divers problèmes ont été identifiés sur le terrain. La circulation et l'utilisation du formulaire entre les membres d'une même équipe clinique, entre différents milieux de soins, ainsi qu'entre les milieux de soins et de vie, ont suscité des difficultés.

Au fil du temps, on a constaté que l'implantation de ces outils variait largement d'un établissement à un autre, entraînant une adoption incomplète et non uniforme à l'échelle provinciale. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces lacunes, mettant en lumière des situations où les soins ont été fournis sans tenir compte des souhaits des usager(-ère)s<sup>1</sup>. Ces éléments ont soulevé d'importantes préoccupations concernant la définition des niveaux de soins, révélant un besoin urgent de clarification et de structuration du processus. Dans ce contexte, en 2022, l'INESSS a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réviser le formulaire et le processus d'identification des objectifs de soins. Pour la première fois, le MSSS a recommandé de mettre en place un projet pilote pour tester cette nouvelle approche.

En 2023, grâce au financement de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été choisi pour diriger ce projet pilote en vue d'un éventuel déploiement à l'échelle du Québec. Ce projet a pour objectif de promouvoir une approche structurée des objectifs de soins, reposant sur des échanges précoces et évolutifs entre les usager(-ère)s, leurs proches et les équipes interdisciplinaires. Il s'appuie sur un accompagnement personnalisé et évolutif, adapté à chaque situation clinique. L'objectif est de garantir des soins respectant les souhaits des usager(-ère)s, tout en optimisant la qualité et la pertinence des interventions médicales, quel que soit le milieu de soins.

L'intégration systématique des objectifs de soins dans les pratiques professionnelles représente aujourd'hui un impératif éthique et social. Cela permet de replacer les usager(-ère)s et leurs proches au centre de la démarche clinique, en tenant compte de leurs valeurs, préférences et priorités. Cette approche favorise une meilleure humanisation des soins et renforce la confiance entre les usager(-ère)s ou leur représentant(e) et les professionnel(le)s de la santé. Face à une population vieillissante présentant des pathologies multiples et des besoins complexes, il est essentiel de repenser notre prestation des soins.

Le projet « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » s'inscrit dans cette dynamique de transformation. Il offre une réponse concrète aux défis actuels du réseau de la santé, en limitant les soins non bénéfiques et en assurant une meilleure cohérence entre les interventions médicales et les souhaits des usager(-ère)s ou de leurs représentant(e)s.

---

<sup>1</sup> Un usager est une personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services de santé ou des services sociaux. <https://www.santeestrie.qc.ca/plainte/droits-des-usagers>

Dans les sections suivantes, nous présenterons les objectifs établis pour assurer le succès de ce projet pilote, les populations ciblées ainsi que les bénéfices anticipés. Nous résumerons également les principaux changements associés au nouveau processus concernant les objectifs de soins et la réanimation cardiorespiratoire (RCR). Enfin, nous expliquerons les moyens déployés pour réaliser ce projet, notamment la mise en place d'une structure de gouvernance, le choix des indicateurs et leurs suivis, ainsi que le découpage du projet pilote en différentes phases.

## 2. OBJECTIFS DU PROJET

---

Le projet pilote, mis en œuvre au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, a été lancé dans le but d'évaluer et d'ajuster les outils révisés par l'INESSS (formulaire et guide) avant un déploiement à l'échelle provinciale.

Ce projet a pour finalité de promouvoir des soins respectueux des volontés des usager(-ère)s, en renforçant la communication et la prise de décision partagée entre les usager(-ère)s, leurs proches et les équipes soignantes.

L'objectif principal est de garantir à la population québécoise un accès à des soins de santé de qualité, qui respectent les volontés des usager(-ère)s ou leurs représentant(e)s. Pour cela, nous misons sur une utilisation appropriée et systématique des outils révisés par l'INESSS.

Parmi les cinq objectifs spécifiques proposés par l'IPAM ([Fiche IPAM](#)), le projet pilote s'est articulé autour des trois priorités suivantes :

1. Réduire l'inconfort des clinicien(ne)s et harmoniser les pratiques relatives aux objectifs de soins.
  - Développer et offrir une formation destinée aux clinicien(ne)s sur les outils de l'INESSS et les aspects liés aux objectifs de soins, par l'utilisation d'une plateforme reconnue (ex. : discussions difficiles, formulaire, guide d'utilisation, moment opportun, rôles et responsabilités, procédures, documentation, archivage, intégration des nouveaux(-elles) professionnel(le)s ayant autorité sur les objectifs de soins, aspects légaux).
  - Concevoir et diffuser des moyens pratiques à l'intention des clinicien(ne)s (ex. : aide-mémoire, courriels informatifs, codes QR), en lien avec les objectifs de soins et les outils de l'INESSS.
2. Accompagner les usager(-ère)s et leurs proches dans la prise de décision entourant les objectifs de soins.
  - Élaborer et distribuer des outils adaptés (dépliant, capsules de formation, etc.) destinés aux usager(-ère)s et à leurs proches, afin de faciliter la compréhension des éléments liés aux objectifs de soins et la RCR.
  - Développer et proposer une formation pour les usager(-ère)s et leurs proches aidants, par l'entremise d'une plateforme reconnue, portant sur les objectifs de soins et les éléments connexes.
3. Faciliter l'accessibilité au formulaire des objectifs de soins pour les clinicien(ne)s, au moment approprié.
  - Identifier la plateforme qui servira à la documentation et à la consultation des formulaires d'objectifs de soins.



- Déterminer les procédures de consignation et d'accès à ces formulaires.
- Diffuser auprès des clinicien(ne)s l'information pertinente sur la plateforme retenue ainsi que les procédures d'utilisation.

### 3. POPULATION CIBLE ET BÉNÉFICES ATTENDUS

---

Les objectifs de soins visent à aligner la manière dont les soins et services de santé sont planifiés et offerts, en plaçant les valeurs, les volontés et les besoins des usager(-ère)s au cœur des décisions cliniques. En favorisant une approche centrée sur la personne et en soutenant les pratiques de communication et de collaboration entre les usager(-ère)s, leurs proches et les professionnel(le)s de la santé.

Discuter des objectifs de soins est une bonne pratique qui doit être intégrée durant tout le parcours de soins de l'usager(-ère). Cette démarche est particulièrement importante lorsqu'il y a un diagnostic de maladie chronique grave, un trouble neurocognitif majeur, un risque élevé de détérioration de l'état de santé ou d'hospitalisation, des interventions médicales à risque comme une chirurgie ou lors d'une admission à l'urgence, en soins aigus, intensifs, en CHSLD ou en MDAA\*. Elle devient aussi essentielle lorsque l'espérance de vie est limitée ou en contexte de soins palliatifs et de fin de vie. [Guide INESSS](#).

Les bénéfices attendus de cette initiative sont multiples et touchent à la fois la qualité et la pertinence des soins, l'efficience du système et la satisfaction des usager(-ère)s comme des intervenant(e)s. Les paragraphes suivants présentent les principaux gains anticipés à court, moyen et long terme.

- **Favoriser le dialogue entre les usager(-ère)s, leurs proches et les professionnel(le)s de la santé**

L'un des bénéfices majeurs attendus de ce projet est de permettre aux usager(-ère)s et à leurs proches d'engager un dialogue ouvert et éclairé avec les professionnel(le)s de la santé concernant le type de soins et de services qu'ils souhaitent recevoir. Ce dialogue repose sur la reconnaissance des valeurs personnelles, des croyances et des projets de vie de chaque individu. En créant un espace propice à ces échanges, les usager(-ère)s peuvent mieux comprendre leurs options et exprimer clairement leurs préférences, ce qui renforce leur autonomie et leur sentiment d'être au cœur des décisions qui les concernent.

- **Améliorer l'expérience des usager(-ère)s grâce au respect de leurs volontés**

L'expérience des usager(-ère)s est directement liée à la qualité de la relation avec les professionnel(le)s et à la perception que leurs choix sont entendus et respectés. En favorisant le respect des objectifs de soins convenus, les objectifs de soins contribuent à une prise en charge plus humaine et personnalisée. Les usager(-ère)s vivent ainsi leurs parcours de soins avec davantage de confiance, de dignité et de sérénité, sachant que les décisions prises sont alignées avec leurs souhaits, même dans les moments les plus critiques.

- **Offrir des soins et services mieux adaptés aux besoins exprimés**

Un autre bénéfice important réside dans la promotion d'une offre de soins et de services qui soit non seulement appropriée sur le plan clinique, mais aussi cohérente avec les volontés exprimées par les usager(-ère)s. En tenant compte des objectifs de soins définis en amont, les interventions médicales deviennent plus ciblées, pertinentes et acceptables pour les usager(-ère)s. Cela contribue à éviter les traitements inappropriés ou non souhaités, tout en optimisant l'utilisation des ressources du système de santé.

\* CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée, MDAA : Maison des aînés et alternatives.

■ **Encourager l'approche interdisciplinaire dans la détermination des objectifs de soins**

Le projet encourage également une approche interdisciplinaire dans la discussion et la détermination des objectifs de soins. En réunissant les divers membres de l'équipe de soins – médecins, infirmier(-ière)s, travailleur(-euse)s sociaux(-iales), intervenant(e)s psychosociaux(-iales), nutritionniste, etc. – autour de l'usager(-ère), il est possible d'obtenir une vision plus complète de sa situation et de ses besoins. Cette collaboration favorise une prise de décision partagée, plus cohérente et ancrée dans une compréhension globale de la personne.

■ **Améliorer la communication au sein des équipes médicales et de soins**

Une communication fluide et harmonieuse entre les membres des équipes est essentielle pour assurer la continuité et la qualité des soins. En instaurant des processus clairs de documentation et de partage de l'information concernant les objectifs de soins, le projet vise à limiter les malentendus, les hésitations ou les décisions discordantes. Il devient plus facile pour tous les intervenant(e)s de s'aligner autour d'un plan de soins commun, ce qui améliore la cohésion et l'efficacité des équipes.

■ **Renforcer les bonnes pratiques en matière de détermination des objectifs de soins**

Enfin, le projet vise à harmoniser et renforcer les bonnes pratiques relatives à la détermination des objectifs de soins. Cela inclut l'appropriation des outils cliniques recommandés, la formation continue des professionnel(le)s, ainsi que l'établissement de procédures uniformes pour documenter et mettre à jour les volontés des usager(-ère)s ou de leurs représentant(e)s. Ces pratiques structurées contribuent à créer une culture clinique axée sur le respect des préférences individuelles, la qualité des soins et la rigueur professionnelle.

Ce projet marque une étape déterminante vers un système de santé plus humain, plus inclusif. Il offre une occasion concrète de transformer nos pratiques, de promouvoir l'autonomie des personnes soignées et d'améliorer significativement la qualité des soins offerts à la population québécoise.

## 4. PRINCIPAUX CHANGEMENTS ASSOCIÉS AU NOUVEAU PROCESSUS

Le projet pilote déployé dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS introduit le nouveau formulaire intitulé « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire », développé par l'INESSS pour remplacer l'ancien document « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (DT9261).

Cette évolution fait suite à une démarche rigoureuse d'amélioration continue<sup>2</sup> visant à adapter le processus de prise de décision clinique aux besoins des usager(-ère)s tout en favorisant une approche plus collaborative au sein des équipes soignantes. Ce changement vise à renforcer la planification préalable des soins en intégrant les valeurs et les préférences des usager(-ère)s.

---

<sup>2</sup> [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS\\_Objectifs\\_soins\\_Avis.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Objectifs_soins_Avis.pdf)

## 4.1 MODIFICATIONS APPORTÉES AU NOUVEAU FORMULAIRE

Depuis le 22 mars 2025, ce nouveau formulaire est utilisé au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, lors de toute nouvelle discussion clinique portant sur les objectifs de soins, en conformité avec les pratiques propres aux différents milieux de soins, y compris les secteurs ambulatoires, les cliniques spécialisées et les groupes de médecine familiale (GMF).

[Le formulaire](#) et son [guide d'accompagnement](#) ont été mis à disposition dans les formats adaptés à chaque milieu, tels que version papier, dossier médical électronique (DME) ou autre système informatisé.

Voici un résumé des principaux changements associés au nouveau processus entourant les objectifs de soins :

1. Évolution de la terminologie utilisée : L'ancienne classification des niveaux de soins (A, B, C ou D) est remplacée par une terminologie centrée sur les objectifs de soins cliniques (PEC) :
  - a. **Prolongation** : viser un traitement maximal dans l'objectif de prolonger la vie;
  - b. **Équilibre** : rechercher un équilibre entre les bénéfices et les inconvénients ou les effets négatifs des interventions médicales;
  - c. **Confort** : prioriser le soulagement des symptômes et le confort global de la personne.
2. Clarification des décisions liées à la réanimation cardiorespiratoire : Le formulaire permet dorénavant de documenter explicitement une ordonnance de non-réanimation lorsqu'elle est jugée non cliniquement indiquée ou qu'elle est refusée par l'utilisateur(-ère).
3. Le formulaire comporte désormais une section permettant d'indiquer si la personne souhaite ou non être transférée à l'hôpital en cas de détérioration de son état de santé, que ce soit pour les usager(-ère)s à domicile ou ceux et celles hébergé(e)s dans un milieu de vie autre que leur domicile, comme un CHSLD ou une Ressource intermédiaire (RI).
4. Ajout d'une annexe pour une consignation multidisciplinaire : Une annexe complémentaire permet aux membres de l'équipe soignante, incluant divers(es) professionnel(le)s de la santé, de documenter leurs observations, discussions et interventions en lien avec les objectifs de soins.
5. Renforcement de l'approche interprofessionnelle et proactive : Le nouveau processus vise à favoriser une discussion précoce et concertée, impliquant l'ensemble des professionnel(le)s concerné(e)s, pour assurer une planification éclairée et continue des soins selon les valeurs et préférences de l'utilisateur(-ère).
6. Retrait de la signature de l'utilisateur(-ère) ou de son/sa représentant(e) : Contrairement à l'ancien formulaire, l'exigence de signature étant susceptible de suggérer une décision irrévocable, est désormais retirée. Ce retrait renforce la souplesse et la nature évolutive du processus décisionnel, privilégiant des échanges continus plutôt qu'un choix ponctuel et figé. Conjugué à une documentation rigoureuse, ce changement préserve la solidité éthique et clinique du formulaire, en recentrant l'attention sur la relation humaine et la compréhension partagée de la démarche.

7. Remise systématique d'une copie à l'utilisateur(-ère) ou à son/sa représentant(e) : Une copie du formulaire complété doit désormais être remise à l'utilisateur(-ère) ou à son/sa représentant(e), assurant ainsi transparence, compréhension et respect des décisions prises, quel que soit le milieu de vie ou de soins où se trouve la personne.

Tableau 1 : Principaux changements associés au nouveau formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire »		
Aspect modifié	Ancien processus – <i>Formulaire « Niveaux de soins et RCR » (DT9261)</i>	Nouveau processus – <i>Formulaire « Objectifs de soins et RCR »</i>
Terminologie utilisée	Niveaux de soins A, B, C, D	Objectifs de soins : Prolongation, Équilibre, Confort (PEC)
Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	Moins détaillée, sans obligation de justification	Ordonnance de non-réanimation documentée si non indiquée ou refusée
Transfert vers l'hôpital	Pas toujours précisé	Intégration d'une section pour indiquer le souhait de transfert ou non, en cas de détérioration
Participation interprofessionnelle	Moins structurée	Ajout d'une annexe permettant aux professionnel(le)s de consigner leurs notes
Approche clinique	Souvent tardive ou isolée	Favorise une discussion précoce et une approche interdisciplinaire
Signature usager(-ère) ou représentant(e)	Signature exigée	Signature retirée du processus
Communication avec usager(-ère)/représentant(e)	Pas de remise systématique de copie	Copie obligatoirement remise à usager(-ère) ou représentant(e)

## 4.2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DANS L'ÉLABORATION DE L'OBJECTIF DE SOINS

L'élaboration de l'objectif de soins se fait au sein d'une équipe interprofessionnelle, en collaboration étroite avec l'utilisateur(-ère) ou son/sa représentant(e). Les informations partagées par l'utilisateur(-ère) ou son/sa représentant(e) à un(e) professionnel(le) autre qu'un(e) médecin, un(e) infirmier(-ière) praticien(ne) spécialisé(e) [IPS] ou un(e) candidat(e) IPS [CIPS] sont consignées dans l'annexe du formulaire « Objectif de soins et réanimation cardiorespiratoire », ce qui soutient les professionnel(le)s dans cette démarche.

Seul(e)s les médecins, médecins résident(e)s, IPS et CIPS peuvent :

- Évaluer l'aptitude à discuter et à formuler un objectif de soins;
- Déterminer et discuter le ou les diagnostics, le ou les pronostics et les options de soins avec l'utilisateur(-ère) ou, en cas d'inaptitude, avec son/sa représentant(e);

- Discuter et documenter l'objectif de soins formulé, la décision relative à la RCR, y compris l'ordonnance de non-réanimation, ainsi que les volontés relatives au transfert hospitalier indiquées sur le formulaire;
- Dater et signer le formulaire;
- Réviser l'objectif de soins.

Les apprenant(e)s doivent participer à l'élaboration de l'objectif de soins en fonction de leurs compétences et de leur autonomie, sous la supervision d'un(e) professionnel(le) responsable tout en respectant leurs limites de compétences et leurs capacités.

En conclusion, le déploiement du formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » marque une avancée importante dans l'adaptation des pratiques cliniques aux besoins spécifiques des usager(-ère)s.

Les principaux changements apportés, tels que l'évolution de la terminologie, la clarification des décisions liées à la réanimation, l'ajout de sections spécifiques pour le transfert hospitalier et l'ajout de l'annexe pour la consignation multidisciplinaire visent à améliorer la qualité de la communication et la prise de décision. De plus, cela favorise une collaboration étroite et continue entre les professionnel(le)s et les usager(-ère)s.

## 5. ACTUALISATION DU PROJET PILOTE AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

---

Afin d'assurer un déploiement structuré et adapté aux réalités cliniques, le projet du formulaire des objectifs de soins a été conçu en trois phases progressives. Un plan d'action et de communication, appuyé par des jalons clés, a été mis en place et ajusté selon les objectifs globaux et les priorités propres à chaque étape. Cette démarche a permis de tester, d'ajuster, puis de généraliser l'outil dans un cadre rigoureux, en intégrant les retours des intervenants du terrain et des usager(-ère)s. Elle a favorisé l'amélioration continue, la mobilisation des équipes, ainsi qu'un arrimage aux pratiques cliniques existantes, tout en maintenant une gestion souple et réactive aux besoins du terrain.

Dans cette section, nous présentons les grandes lignes de l'actualisation du projet : un résumé des trois phases du projet, la stratégie de mise en œuvre incluant les jalons et les actions de communication, la structure de gouvernance qui encadre son déploiement ainsi que la stratégie d'évaluation mise en place pour assurer le suivi des retombées et soutenir les ajustements nécessaires.

### 5.1 RÉSUMÉ DES PHASES DE MISE EN ŒUVRE

- **Phase 1 : Expérimentation et optimisation du formulaire** (février à juillet 2024)

La première phase a permis d'expérimenter le nouveau formulaire proposé par l'INESSS au sein de toutes les missions (Centre hospitalier, CHSLD, GMF). Les observations issues de son utilisation par les professionnel(le)s et les usager(-ère)s ont permis d'identifier ses forces et ses limites.

À partir de ces retours, plusieurs bonifications ont été apportées, notamment pour renforcer l'approche interdisciplinaire. Cette étape a posé les bases d'un outil mieux adapté aux besoins du terrain.

- **Phase 2 : Déploiement progressif et consolidation des stratégies d'implantation** (novembre à décembre 2024)

La deuxième phase a visé l'élargissement contrôlé du projet dans le RLS de Memphrémagog, afin de valider les modalités de déploiement à plus grande échelle. Cette étape a permis de tester les outils de soutien, de formation et de communication, et de mieux comprendre les conditions de succès pour une adoption durable du formulaire.

- **Phase 3 : Déploiement à l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS** (mars à juin 2025)

La dernière phase a marqué le déploiement à l'échelle de l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce lancement global visait une uniformisation rapide des pratiques cliniques et une intégration systématique du formulaire dans tous les milieux de soins. L'accent a été mis sur l'accompagnement des équipes, le renforcement des compétences et la diffusion des meilleures pratiques.

Ce découpage en trois phases a permis de sécuriser la mise en œuvre du formulaire des objectifs de soins, tout en assurant une démarche participative, adaptable et soutenue.

Chaque phase a contribué à valider les fondements du projet, à ajuster les stratégies d'implantation et à renforcer l'adhésion des parties prenantes. Les chapitres suivants du rapport détaillent chacune de ces phases, en précisant les activités réalisées, les enseignements tirés ainsi que les résultats obtenus à chaque étape.

La [Stratégie de mise en œuvre](#) du nouveau formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » s'est construite sur un ensemble d'actions coordonnées visant à assurer un déploiement harmonisé dans l'ensemble des milieux concernés du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cette démarche s'est structurée autour des étapes clés qui suivent. Elles seront détaillées dans les chapitres correspondant à chacune des phases spécifiques du projet.

- **Identifier et mobiliser**

Dès le lancement du projet, les parties prenantes clés ont été identifiées et mobilisées à chaque phase. Il s'agit notamment des gestionnaires des directions impliquées, des responsables médicaux, des différents responsables locaux et régionaux, ainsi que des professionnel(le)s issu(e)s des différents milieux concernés (CH\*, CHSLD, MDAA, RI, SAD\*, GMF\*, services des archives, etc.). Cette mobilisation élargie a permis d'assurer une représentativité des divers contextes cliniques et organisationnels, favorisant ainsi une mise en œuvre cohérente et ancrée dans les réalités du terrain.

- **Communiquer**

Un plan de communication a été élaboré avec l'appui des conseiller(-ère)s du Service des communications afin de soutenir le déploiement du projet. Des communications initiales ont été menées auprès des directions cliniques pour présenter le projet, ses objectifs et les attentes associées. Les canaux et les modes de communications existants préalablement, tels que les notes de service et les courriels, ont été utilisés.

\* CH : Centre hospitalier, GMF : Groupe de médecine de famille, SAD : Soutien à domicile.



De plus, une section dédiée au projet a été mise en ligne sur l'Intranet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ainsi que sur le site Santé Estrie, assurant un accès facile et centralisé à l'ensemble des documents pertinents pour les parties prenantes et les équipes cliniques concernées par ce projet.

■ **Accéder**

Les modalités d'accès et de complétion du formulaire ont été définies en fonction des milieux cliniques et des phases du projet. Le formulaire a été intégré aux différents logiciels utilisés (DCI-Ariane, Omnimed, Miles, et autres DME) pour assurer une utilisation fluide et adaptée. En l'absence de tels logiciels, le formulaire a été intégré aux dossiers papier existants.

■ **Former et sensibiliser**

Des formations interdisciplinaires autoportantes ont été développées pour les professionnel(le)s. Des séances en présentiel ont eu lieu au lancement, suivies d'enregistrements, puis de Webinaires ciblés (pour médecins, IPS/CIPS et équipes interdisciplinaires). Une formation en ligne a également été mise à disposition sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) et sur Santé Estrie. Des outils de soutien tels qu'un aide-mémoire pour les professionnel(le)s et un dépliant destiné aux usager(-ère)s et leurs proches ont été produits.

■ **Expérimenter et déployer**

Le formulaire a été rendu accessible graduellement. Une communication claire a été envoyée pour annoncer le début officiel (go live) et un temps d'appropriation a été prévu. Le projet s'est déroulé en trois phases : expérimentation, ajustements du formulaire par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), puis déploiement progressif, avant une généralisation dans tous les milieux.

■ **Soutenir**

Un accompagnement de proximité a été offert aux gestionnaires et aux équipes, incluant du *coaching*, des visites sur le terrain, la participation à des groupes de rencontre, la création d'une foire aux questions, ainsi que la désignation de personnes-ressources pour répondre aux préoccupations sur le terrain.

■ **Évaluer**

Le processus a été évalué à chaque étape, à l'aide d'audits de dossiers, d'entrevues avec les usager(-ère)s (phases 1 et 2) et de sondages auprès des professionnel(le)s, incluant des médecins, des résident(e)s, IPS et CIPS, tout au long des trois phases.

Dans l'ensemble, cette stratégie de mise en œuvre, structurée autour de jalons clairs, d'actions concertées et d'une communication soutenue, a permis de favoriser une adoption progressive et cohérente du nouveau formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » dans les différents milieux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

L'identification précoce des parties prenantes, leur mobilisation continue, l'accès facilité aux outils, les activités de formation et l'accompagnement terrain ont contribué à renforcer l'adhésion des équipes cliniques. Ces leviers ont également permis de gérer de manière proactive les résistances potentielles au changement, en créant un climat de confiance, en valorisant les rétroactions et en assurant une adaptation constante aux réalités du terrain.

Cette approche intégrée a ainsi favorisé l'implantation du formulaire dans une perspective d'amélioration continue, en soutenant l'évolution des pratiques en matière d'objectifs de soins, tout en reconnaissant que son appropriation complète demeure un processus progressif.

## 5.2 STRUCTURE DE GOUVERNANCE DU PROJET PILOTE

La mise en œuvre du projet pilote au CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est appuyée sur une gouvernance rigoureuse et stratégiquement structurée, favorisant une coordination optimale entre les différents niveaux de gestion. Ce modèle de gouvernance s'étendait sur trois niveaux – stratégique, tactique et opérationnel – et reposait sur une collaboration active entre les divers acteur(-trice)s du secteur de la santé, y compris les usager(-ère)s. L'objectif central de ce dispositif était d'assurer une gestion efficace, de répondre avec agilité aux défis émergents et de maintenir un alignement constant entre les actions entreprises et les besoins des usager(-ère)s.

### 5.2.1 Gouvernance du Projet : Une coordination à deux niveaux

La structure de gouvernance du projet pilote a été pensée pour répartir les responsabilités de manière claire et équilibrée, avec une attention particulière portée sur l'efficacité du projet à chaque étape.

#### 1. Niveau stratégique et décisionnel : Le comité directeur

Le comité directeur, animé par le chargé de projet désigné par le MSSS, constituait l'instance stratégique du projet, dont les principales responsabilités incluaient :

- La définition des orientations globales du projet;
- L'approbation des budgets et des échéanciers;
- La surveillance du respect des décisions relatives aux coûts et aux délais ainsi que la portée des initiatives;
- L'assurance de la cohérence avec les autres projets interconnectés.

Ce comité réunissait des experts de divers horizons, tels que des représentant(e)s du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), de l'IPAM, de l'INESSS, des professionnel(le)s de la santé, ainsi que des usager(-ère)s partenaires. Ce comité se réunissait mensuellement et était composé de 23 membres incluant l'équipe du projet.

#### 2. Niveau tactique et opérationnel : Le comité de gestion opérationnelle

Ce comité se chargeait de la coordination au quotidien et veillait à la mise en œuvre effective des objectifs du projet pilote. Composé de 22 membres, le comité est constitué de médecins, d'infirmier(-ière)s et de représentant(e)s des usager(-ère)s. Il inclut l'équipe du projet. Il se réunissait toutes les deux semaines, puis mensuellement, pour assurer une gestion agile et réactive.

Son rôle incluait :

- La formulation de recommandations pratiques;
- La priorisation des besoins des équipes cliniques;
- La supervision de l'adaptation du projet aux réalités locales.



### **5.2.2 L'engagement des usagères partenaires dans la gouvernance**

Un aspect clé de cette gouvernance résidait dans l'implication active de 3 usagères partenaires à tous les niveaux décisionnels. Elles étaient intégrées dans les comités et jouaient un rôle essentiel dans la définition des priorités, la création d'outils cliniques et l'évaluation continue du projet. Cette approche participative assurait que les actions prises répondaient véritablement aux besoins des populations concernées.

### **5.2.3 L'Équipe de projet : Un soutien de proximité essentiel**

L'équipe de projet, dirigée par une chargée de projet intra CIUSSS de l'Estrée - CHUS, a joué un rôle fondamental dans la mise en œuvre du projet sur le terrain, particulièrement lors des premières phases du projet. Cette équipe, composée de professionnel(le)s cliniques – un médecin expert conseil, une conseillère en soins infirmiers et une infirmière praticienne spécialisée (IPS) – qui agissaient en tant que *coachs* de terrain et travaillaient étroitement avec les équipes multidisciplinaires des Réseaux locaux de services (RLS).

L'équipe avait plusieurs missions clés, parmi lesquelles :

- L'organisation de formations pour les intervenant(e)s;
- Le soutien aux facilitateurs et facilitatrices de terrain dans la mise en œuvre du projet;
- La promotion des bonnes pratiques et l'assurance d'une communication fluide entre les acteur(-trice)s.

Grâce à ces interventions, l'équipe garantissait une mise en œuvre cohérente du projet et s'assurait de son adaptation aux besoins spécifiques de chaque milieu clinique.

### **5.2.4 Phase 3 : Révision et renforcement de la gouvernance**

Au fur et à mesure de l'avancement du projet, des ajustements ont été apportés à la gouvernance afin de mieux répondre aux défis rencontrés sur le terrain. Ce réajustement a conduit à la création de deux nouveaux comités ayant pour mission d'assurer une coordination plus fine et une gestion locale de la mise en œuvre.

#### **1. Comité directeur intra CIUSSS de l'Estrée - CHUS**

Ce comité local était chargé de superviser le déploiement du projet au sein du CIUSSS de l'Estrée – CHUS. Sa mission consistait à valider les ajustements nécessaires en fonction des réalités locales et à garantir l'alignement des actions avec les objectifs stratégiques du projet. Il était composé d'un représentant de trois directions principales du CIUSSS de l'Estrée - CHUS : la Direction des soins infirmiers (DSI), la Direction médicale et des services professionnels (DMSP), la Direction des services multidisciplinaires de santé et des services sociaux (DSMSSS), ainsi que de la chargée de projet intra-CIUSSS de l'Estrée - CHUS.

#### **2. Comité d'implantation des objectifs de soins et RCR**

Ce comité, quant à lui, était responsable de l'adaptation et du déploiement du projet à l'échelle locale. Il se chargeait de l'évaluation des besoins spécifiques à chaque secteur et coordonnait les actions opérationnelles de déploiement. Composé de 26 membres, dont les membres de l'équipe du projet, il jouait un rôle central dans la mise en œuvre des actions concrètes sur le terrain.

### 5.2.5 Le rôle crucial de l'équipe de projet durant la Phase 3

Au cours de la Phase 3, l'équipe de projet a été réorganisée autour de 3 membres clés :

- La chargée de projet intra CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
- Un *coach* médical;
- Un *coach* infirmier.

Ces professionnels avaient notamment pour rôle de concevoir des outils de formation adaptés, de développer des sondages et d'en assurer l'analyse, tout en assurant un suivi étroit des actions liées au déploiement du projet. Ils jouaient également un rôle de liaison entre les collaborateurs et le terrain, veillant à ajuster le plan d'action en fonction des réalités observées dans les milieux.

En parallèle, cette équipe assurait la coordination avec les porteur(-euse)s du projet dans chaque secteur, ce qui favorisait une gestion fluide, une circulation efficace de l'information et une capacité de réponse rapide aux besoins exprimés localement.

En résumé, la structure de gouvernance du projet pilote au CIUSSS de l'Estrie – CHUS a permis d'assurer une gestion efficace, centrée sur une collaboration étroite entre les différent(e)s acteur(-trice)s à tous les niveaux de décision. Cette gouvernance évolutive, qui incluait l'implication des usager(-ère)s à chaque étape du processus, a permis de répondre de manière proactive aux défis du terrain et d'adapter le projet aux besoins spécifiques des milieux de soins. L'introduction de nouveaux comités a renforcé la coordination et la gestion du changement et des enjeux locaux. Les détails concernant la composition des comités, leurs mandats, ainsi que les rôles et les responsabilités des acteur(-trices)s clés, sont présentés dans l'annexe suivante : [Structure de gouvernance](#).

## 5.3 ÉVALUATION DU PROJET PILOTE ET SUIVI DES INDICATEURS

Dans le cadre du projet pilote, une démarche rigoureuse d'évaluation et de suivi a été mise en place afin de mesurer l'efficacité de l'initiative, d'identifier les points forts ainsi que les éléments à améliorer afin de guider un éventuel déploiement à l'échelle provinciale. Cette démarche repose sur l'identification d'indicateurs clés, le suivi régulier de ceux-ci ainsi que sur l'analyse qualitative et quantitative des retombées du projet à travers ses différentes phases.

### 5.3.1 Identification des principaux indicateurs

Trois grands axes d'évaluation ont été retenus pour mesurer l'impact du projet :

1. Taux de formulaires « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » (OdeS) complétés. Cet indicateur permet d'évaluer l'appropriation de l'outil par les professionnel(le)s ainsi que le respect des normes de documentation.
2. Niveau de confort des clinicien(ne)s à l'égard des OdeS et des éléments connexes : Mesure la perception, la compréhension et l'aisance des professionnel(le)s dans l'utilisation des outils.
3. Niveau de satisfaction des usager(-ère)s : Appréciation des outils remis du point de vue des usager(-ère)s, incluant leur clarté, leur utilité et leur contribution à l'expérience de soins.

### 5.3.2 *Suivi des indicateurs*

Le suivi de ces indicateurs repose sur une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives :

1. Audits de dossiers : Réalisés pour évaluer l'utilisation et la conformité des formulaires OdeS dans certains secteurs.
2. Sondages auprès des clinicien(ne)s : Distribués à l'ensemble des professionnel(le)s impliqué(e)s dans les trois phases du projet, afin de recueillir leurs impressions et leur niveau d'engagement.
3. Entrevues semi-dirigées avec les usager(-ère)s et leurs proches : Viennent compléter les données quantitatives en apportant une compréhension plus nuancée de l'expérience usager(-ère).
4. Développement d'un tableau de bord : Celui-ci a permis un suivi dynamique et visuel des indicateurs, facilitant ainsi la prise de décision et les ajustements en temps réel.

### 5.3.3 *Démarche d'évaluation par phase*

Lors des Phases 1 et 2 du projet, des audits de dossiers et des entrevues semi-dirigées avec les usager(-ère)s ont été réalisés dans certains secteurs ciblés.

Pendant toute la durée des trois phases, l'ensemble des professionnel(le)s, toutes disciplines confondues, a été sondé afin de recueillir un maximum de rétroactions sur les différents aspects du projet. Ces évaluations visent à documenter les réussites ainsi que les défis rencontrés, afin de bonifier l'approche utilisée dans une perspective d'amélioration continue.

Les résultats de ces analyses seront présentés ultérieurement, permettant ainsi une lecture intégrée de l'impact global du projet et une orientation éclairée pour les prochaines étapes de son déploiement à l'échelle provinciale.

## 6. STRUCTURE ET PORTÉE DU RAPPORT

---

Le présent rapport présente l'ensemble des travaux réalisés dans le cadre de ce projet. Il est structuré en trois grandes parties :

- La première partie est consacrée à la Phase 1, soit l'expérimentation initiale du nouveau formulaire et de ses outils d'accompagnement. Cette phase a été menée dans le RLS de La Pommeraiie et visait à tester et optimiser le formulaire, en collaboration étroite avec les équipes cliniques locales.
- La deuxième partie porte sur la Phase 2, réalisée dans le RLS de Memphrémagog, qui a permis un déploiement progressif du formulaire révisé par l'INESSS à la suite de la phase 1, tout en consolidant le processus clinique et la stratégie d'implantation. Cette étape a permis d'ajuster les modalités de déploiement à plus grande échelle.
- La troisième partie, Phase 3, présente un bilan du déploiement organisationnel du formulaire à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, mettant en lumière les résultats obtenus, les leviers mobilisés, ainsi que les défis rencontrés dans cette démarche d'implantation.

En somme, le rapport se conclut par une série de recommandations formulées à partir des constats tirés des trois phases du projet, tout en tenant compte des limites identifiées.

Ces recommandations visent non seulement à guider les prochaines étapes d'amélioration continue à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, mais aussi à favoriser une préparation structurée en vue d'un déploiement éventuel à l'échelle provinciale. En ce sens, ce projet pilote pourra éclairer les instances décisionnelles dans la mise en œuvre harmonisée de ce nouveau processus dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec

# PHASE I : EXPÉRIMENTATION ET OPTIMISATION DU FORMULAIRE DANS LE RLS DE LA POMMERAIE

## 1 INTRODUCTION

---

### 1.1 CHOIX DU RLS DE LA POMMERAIE

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est l'un des plus grands établissements de santé au Québec. Il regroupe plus de 20 000 employé(e)s, dont environ 1 500 médecins et 73 IPS. Il dessert une population de plus de 500 000 personnes réparties sur un vaste territoire de près de 13 000 km<sup>2</sup> et est organisé en 9 réseaux locaux de services (RLS)<sup>3</sup> [Cartographie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.](#)

Tenant compte de l'ampleur du réseau et des défis de mobilisation associés à un déploiement initial à grande échelle, le comité opérationnel a jugé pertinent de débiter le projet pilote dans un RLS, à plus petite échelle mais représentatif. Le choix du Comité de gestion opérationnelle s'est ainsi porté sur le RLS de la Pommeraie.

Ce RLS dessert environ 70 418 habitants, soit 14 % de la population estrienne<sup>4</sup>. Ce territoire présente plusieurs caractéristiques favorables à une phase expérimentale : une population plus âgée que la moyenne régionale (âge médian de 49 ans contre 46 pour l'ensemble de l'Estrie) ainsi qu'une diversité de milieux cliniques (CH, CHSLD, CLSC\*, GMF, SAD) ce qui permet aussi de mettre à l'épreuve le formulaire dans une variété de milieux de soins, tout en limitant l'ampleur du déploiement initial.

De plus, les liens fréquents entre les professionnels de la Pommeraie et ceux d'autres secteurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS favorisent la circulation d'informations et le partage des pratiques. Ces éléments en font un contexte d'expérimentation pertinent et adaptable pour tester et ajuster le nouveau formulaire tout en favorisant des apprentissages transférables à l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Ce choix réfléchi a donc permis de lancer le projet de manière structurée et réaliste, en vue d'un déploiement progressif dans les autres RLS.

### 1.2 OBJECTIF ET ACTUALISATION DE LA PHASE 1

La première phase du projet, menée de février à juillet 2024, avait pour objectif de tester le formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » au sein du RLS de La Pommeraie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et d'évaluer la pertinence, la compréhension et l'intégration de celui-ci dans les pratiques professionnelles.

---

<sup>3</sup> CIUSSS de l'Estrie – CHUS. (s.d.). *CIUSSS de l'Estrie – CHUS*. Santé Estrie. Consulté le 23 juin 2025 à : <https://www.santeestrie.qc.ca/ciuss>

<sup>4</sup> CIUSSS de l'Estrie – CHUS. (s.d.). *La Pommeraie*. Santé Estrie. Consulté le 23 juin 2025 à : <https://www.santeestrie.qc.ca/offres-dans-les-rls/la-pommeraie>

\* CLSC : Centre local de services communautaires.

Pour y parvenir, une mobilisation des acteur(-trice)s clés a été assurée impliquant gestionnaires, responsables médicaux(-ales), professionnel(le)s de différents milieux (CH, CHSLD, GMF, SAD) et directions concernées. Un plan de communication a permis de diffuser les informations essentielles et de rendre les outils accessibles, tandis que le formulaire était intégré progressivement dans les systèmes cliniques en place.

Des formations ont été offertes aux équipes, en complément d'un accompagnement de proximité comprenant des visites sur le terrain et du *coaching*.

Des évaluations ont été menées sous forme d'audits de dossiers, de sondages et d'entrevues auprès des médecins, IPS, infirmier(-ière)s et usager(-ère)s. Ces retours ont permis d'identifier les points forts du formulaire ainsi que les éléments à améliorer.

Les éléments entourant la formation, le soutien offert aux milieux, les résultats des évaluations réalisées ainsi que les principaux constats issus de cette phase sont présentés dans les sections suivantes.

## 2 FORMATION ET WEBINAIRE

---

Dans le cadre de la première phase du projet pilote, les formations ont été offertes sous forme de webinaires, afin de répondre aux contraintes organisationnelles et de maximiser l'accessibilité. Trois séances ont été tenues entre le 27 février et le 19 mars 2024. Ces webinaires s'adressaient principalement aux gestionnaires, aux médecins, aux infirmières IPS ainsi qu'aux autres professionnel(le)s clinicien(ne)s impliqué(e)s dans les soins.

L'équipe d'animation était réunie en présentiel dans un même local afin d'assurer une prestation fluide et coordonnée. Bien que quelques participant(e)s aient choisi d'assister à la formation en personne, leur nombre est demeuré négligeable. Le contenu de la formation visait à présenter le projet pilote dans son ensemble, à expliquer les motifs ayant mené à la transition du formulaire « Niveau de soins » vers le nouveau formulaire « Objectifs de soins » et à démontrer concrètement son utilisation en clinique. À cette étape, la présence d'un représentant de l'INESSS complétait l'équipe de proximité, en apportant un éclairage essentiel sur les fondements cliniques, éthiques et décisionnels du changement.

Dans un souci d'accessibilité et de flexibilité, les webinaires ont été enregistrés et rendus disponibles sur la plateforme *Vimeo*. Ces enregistrements permettent aux professionnel(le)s de visionner la formation en différé, selon leur horaire, tout en offrant la possibilité de contacter les formatrices pour en consolider la compréhension. Une présentation complémentaire préparée par l'INESSS a également été mise à disposition pour illustrer plus en profondeur les justifications entourant la mise en œuvre du nouveau formulaire. Les détails relatifs aux contenus enregistrés sont présentés dans le tableau 4 en annexe.

### 2.1 PORTRAIT DE LA PARTICIPATION

Les trois webinaires ont permis de rejoindre un total de 152 participant(e)s sur un bassin maximal de 299 personnes invitées, soit un taux de participation global de 50,8 %. Les séances visaient à rejoindre un public interdisciplinaire, incluant les médecins, les IPS, les infirmier(-ière)s et les infirmier(-ière)s auxiliaires, ainsi que les gestionnaires et autres professionnel(le)s de soutien.

- Lors de la première séance, tenue le 27 février 2024, 36 professionnel(le)s ont participé sur 240 personnes invitées, représentant un taux de participation de 15 %. Parmi les personnes présentes, on comptait 9 médecins, 2 IPS, 3 infirmier(-ière)s et infirmier(-ière)s auxiliaires, ainsi que 22 professionnel(le)s occupant des fonctions de coordination, de gestion ou de soutien.
- La deuxième séance, tenue le 12 mars 2024, a réuni 67 participant(e)s sur 298 invité(e)s, correspondant à un taux de participation de 22,5 %. Ce groupe comprenait 19 médecins, 1 IPS, 13 infirmier(-ière)s et infirmier(-ière)s auxiliaires et 34 autres professionnel(le)s.
- La troisième séance, le 19 mars 2024, a rassemblé 49 participant(e)s sur 299 personnes invitées, pour un taux de participation de 16,4 %. Cette rencontre fut marquée par une plus grande présence des IPS, avec 5 participant(e)s, en plus de 9 médecins, 13 infirmier(-ière)s et infirmier(-ière)s auxiliaires et 22 autres professionnel(le)s.

Globalement, la répartition des participant(e)s aux trois séances reflète une forte présence des gestionnaires et des professionnel(le)s en coordination, représentant 51,3 % du total. Les médecins formaient 24,3 % des participant(e)s, suivis des infirmier(-ière)s et infirmier(-ière)s auxiliaires à 19,1 %, et des IPS à 5,3 %. Cette participation soutenue témoigne d'un intérêt manifeste pour la démarche proposée, particulièrement chez le personnel encadrant.

La première phase des formations a permis de mobiliser plus de la moitié des personnes ciblées, ce qui constitue un résultat encourageant dans un contexte de grande sollicitation professionnelle. Le format webinaire, combiné à la disponibilité des enregistrements, a contribué à élargir l'accessibilité et à respecter la réalité des milieux cliniques. La forte représentation des gestionnaires et des professionnels en soutien clinique démontre un intérêt réel pour les enjeux liés à la collaboration interprofessionnelle et à l'évolution des pratiques en matière d'objectifs de soins.

### 3 EXPÉRIMENTATION DU FORMULAIRE

---

Parallèlement aux activités de formation, le déploiement du formulaire « Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire » a été réalisé de façon progressive dans le RLS de la Pommeraie. Cette approche graduelle visait son expérimentation avant le déploiement à l'ensemble des secteurs ciblés.

Le processus a débuté par la diffusion de la première version du formulaire et de son guide, développés par l'INESSS, sur l'intranet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ensuite, le formulaire a été intégré progressivement dans les différents milieux cliniques, selon des modalités adaptées à chaque contexte : en version papier ou à travers les dossiers médicaux électroniques (notamment Médiplan).

Le déploiement s'est déroulé en trois étapes :

- **12 mars 2024** : Intégration à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (BMP);
- **26 mars 2024** : Déploiement dans les CHSLD du RLS de la Pommeraie;
- **9 avril 2024** : Extension à la première ligne, incluant les SAD et les GMF.



Cette séquence a permis une appropriation progressive de l'outil par les équipes, tout en facilitant le suivi de l'expérimentation et l'ajustement en continu de la démarche.

Toutefois, bien que les raisons du changement aient été clairement expliquées, le lancement du formulaire en parallèle de la formation n'a pas permis une intégration immédiate des nouvelles pratiques. Cela a suscité plusieurs questionnements, notamment chez les médecins, témoignant d'une possible résistance au changement.

Face à ces enjeux, l'ouverture de l'équipe projet à l'écoute des préoccupations exprimées a été déterminante. Des stratégies de communication renforcées, particulièrement ciblées auprès des équipes médicales, ont été mises en place pour clarifier les attentes et soutenir l'adhésion. Ces échanges ont permis de recueillir des commentaires pertinents, utiles à la révision du formulaire, ainsi qu'au développement d'outils complémentaires. En réponse, l'INESSS a apporté plusieurs ajustements dans le [formulaire initial INESSS](#), dont l'ajout d'une [annexe](#) interdisciplinaire visant à mieux soutenir les échanges entre les professionnel(le)s autour des objectifs de soins.

En définitif, malgré certains défis, cette phase d'expérimentation a généré des retombées concrètes qui ont contribué à bonifier l'outil et à en faciliter l'implantation dans les milieux cliniques.

## 4 VISITES DES MILIEUX ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS CLINIQUES

---

Conscient(e)s que le projet pilote était à son tout début, que le RLS de la Pommeraie constitue une portion du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au sein de laquelle les usager(-ère)s se déplacent fréquemment pour recevoir des services, que plusieurs professionnel(le)s sont en lien avec les autres professionnel(le)s du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et de l'extérieur de cet établissement et enfin qu'il s'agit d'un changement dans la pratique clinique qui n'a pas été initié spécifiquement par les clinicien(ne)s du RLS de la Pommeraie, l'équipe de proximité – *coach* infirmier(-ière), médical(e) et multidisciplinaire – a priorisé des contacts directs avec les professionnel(le)s terrain. L'objectif visé par ces rencontres était de soutenir ces derniers et ces dernières dans l'appropriation du nouveau formulaire et dans son utilisation adéquate. Ces rencontres nous ont permis de clarifier la compréhension de certains éléments du formulaire, particulièrement l'objectif « E », la question du transfert ambulancier et la case RCR/Non-RCR.

Les rencontres ont également été une occasion de mieux faire comprendre aux équipes comment utiliser ce formulaire et plus spécifiquement, les rôles de chacun(e) des membres de l'équipe multidisciplinaire et comment chacun(e) peut exercer son rôle. Il s'agit de moments riches et précieux. Ainsi, des rencontres ont eu lieu dans différents milieux de soins du RLS de La Pommeraie possédant des missions différentes. Les visites ont eu lieu dans le CH, les 4 CHSLD et les 3 GMF intramuros du RLS, ce qui nous a permis de rencontrer des médecins, des gestionnaires, du personnel infirmier et d'autres professionnel(le)s cliniques. (Vous trouvez en annexe, tableaux 5 et 6, un résumé des visites et des rencontres réalisées ainsi que la liste des professionnels rencontrés.)

En ajout à ces rencontres et tout au long de la Phase 1 du projet, les professionnel(le)s pouvaient contacter directement chacun(e) des *coachs* par appel téléphonique ou Teams, par courriels ou par une plateforme sur laquelle des questions/commentaires pouvaient être laissés, pour bénéficier d'une réponse.



Nous avons aussi identifié des facilitateur(-trice)s médicaux(-ales) avec lequel(le)s nous nous sommes assurés d'harmoniser nos canaux de communications. Cela nous permettait aussi de recevoir rapidement des commentaires pertinents et utiles pour répondre aux incompréhensions ou aux fonctionnements erronés sur le terrain. Les sondages ont aussi permis de colliger des commentaires additionnels qui seront présentés ultérieurement.

## 5 MÉTHODOLOGIE ET OUTILS D'ÉVALUATION

---

Tel que mentionné précédemment, le RLS de la Pommeraie a été choisi comme point de départ pour le déploiement du projet pilote. Chaque phase du projet poursuivait des objectifs spécifiques.

Pour évaluer l'atteinte de ces objectifs, il a été nécessaire de recueillir des données terrain auprès des différent(e)s acteur(-trice)s concerné(e)s. Des indicateurs susmentionnés ont donc été définis en lien avec ces objectifs.

L'évaluation de la Phase 1 s'est appuyée sur l'analyse des résultats obtenus à partir de ces indicateurs, à l'aide de plusieurs outils :

- Un sondage auprès des médecins;
- Un sondage auprès des IPS et des CIPS;
- Un sondage auprès du personnel infirmier;
- Des entrevues semi-dirigées auprès d'utilisateur(-ère)s ayant vécu une discussion sur les objectifs de soins et le formulaire associé;
- Des audits de dossiers.

### 5.1 SONDAGES AUPRÈS DES PROFESSIONNEL(LE)S CLINIQUES

Trois sondages distincts ont été conçus afin de recueillir les perceptions des professionnel(le)s sur l'utilisation du nouveau formulaire. Tous ont été diffusés entre le 1<sup>er</sup> et le 31 juillet 2024.

1. Le sondage pour les médecins et résident(e)s, adapté à leur rôle particulier dans la complétion du formulaire précédent, a été développé par l'équipe projet, incluant le *coach* médical et les 5 médecins membres du comité d'implantation. Ce sondage comprenait 11 questions à choix de réponses et à développement, en lien avec l'utilisation du nouveau formulaire.
2. Le sondage destiné aux IPS et CIPS contenait également des questions fermées et ouvertes, pour un total de 14 questions. Il a été conçu par l'équipe projet en collaboration avec 2 IPS.
3. Le sondage destiné aux infirmier(-ière)s et infirmier(-ière)s auxiliaires a été élaboré par une conseillère en soins infirmiers(CSI) et deux conseillères-cadres du comité de gestion opérationnel, puis révisé par l'équipe du projet. Il comprenait 14 questions à choix de réponses et ouvertes.

Tous les sondages ont été développés avec *Microsoft Forms* et partagés par courriel aux facilitateurs et facilitatrices ainsi que sur la plateforme Teams. Des codes QR en version imprimable ont aussi été mis à disposition des professionnel(le)s pour faciliter l'accès à ces sondages.

## 5.2 ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES AUPRÈS DES USAGER(-ÈRE)S ET DE LEURS PROCHES

Le choix de réaliser des entrevues auprès des usager(-ère)s repose sur le principe selon lequel chaque personne est experte de son vécu et détentrice d'un savoir précieux sur la réalité qu'elle traverse. Cette approche permet d'accéder au point de vue unique de l'usager(-ère), de mieux comprendre son expérience et de cerner ses perceptions concernant la discussion sur les objectifs de soins et l'utilisation de la copie du formulaire.

Pour ce faire, une grille d'entrevue a été élaborée, combinant des questions fermées afin de faciliter la saisie de données et des questions ouvertes accompagnées de relances. Elle a été développée par l'équipe projet, en collaboration avec 3 usagères partenaires et une professionnelle du Service de l'expérience usager de la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQÉPP). Après un prétest réalisé auprès de 4 usager(-ères)s du RLS de la Pommeraie, des ajustements ont été apportés avant l'intégration de la grille dans la plateforme *Simple Sondage*, destinée à être utilisée par les personnes réalisant les entrevues.

Le recrutement des usager(-ère)s et de leurs proches s'est effectué avec la collaboration des équipes cliniques terrain. Des critères de sélection ont été définis afin d'assurer une diversité des profils et un formulaire de sollicitation volontaire, incluant une description du projet, les objectifs attendus et permettant de recueillir le consentement libre et éclairé, a été remis aux usager(-ère)s intéressé(e)s à participer.

## 5.3 AUDITS DES FORMULAIRES AUX DOSSIERS

Parallèlement aux entrevues, et à la suite de l'autorisation d'accès aux dossiers ([lettre d'autorisation La Pommeraie](#)) accordée par la DMSP, des audits de formulaires complétés ont été réalisés.

À cette fin, une grille d'audit comprenant 15 questions fermées, accompagnée d'un guide explicatif, a été élaborée par les 2 chargés de projet (provincial et local), puis révisée et validée par les autres membres de l'équipe. Conçue sur Microsoft Forms, cette grille a permis d'assurer une collecte de données standardisée et uniforme à travers l'ensemble des dossiers examinés.

La sélection de l'échantillon a couvert la période du 12 mars au 12 juin 2024 dans les milieux de soins CH, CHSLD et GMF. Pour le CH, grâce à Médiplan, un total de 1 854 admissions a été recensé. Parmi celles-ci, 450 dossiers comportaient des objectifs de soins de type PEC (Prolongation, Equilibre, Confort), dont 62 avec des artefacts liés au PEC et à la RCR, et 56 utilisant encore le modèle ABCD. Les 1 348 autres dossiers ne contenaient aucun objectif de soins, principalement dans des contextes d'urgence ou de chirurgie.

La population cible a ainsi été définie à 388 dossiers présentant des objectifs de type PEC. En appliquant un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, le nombre de dossiers à auditer a été fixé à 194 (soit 50 % de l'échantillon), conformément aux calculs réalisés avec l'outil *QuestionPro* (<https://www.questionpro.com/sample-size-calculator/>). La sélection aléatoire des 194 dossiers parmi les 388 admissibles a été réalisée à l'aide de l'outil en ligne *dCode* (<https://www.dcode.fr/nombre-aleatoire>) et un fichier Excel a été produit afin d'assurer la traçabilité. Le service des archives a ensuite été mobilisé pour rendre accessibles les dossiers retenus.

La même démarche a été utilisée pour les 4 CHSLD et les GMF intramuros ciblés en ce qui concerne le calcul de la taille des échantillons. Toutefois, en raison du faible nombre de nouvelles admissions durant la période dans les CHSLD, l'ensemble des dossiers complétés avec le nouveau formulaire « Objectifs de soins – PEC », ainsi que ceux des nouvelles admissions, ont été retenus. Ainsi, 100 % des dossiers disponibles ont été audités dans ces milieux. Concernant les GMF, l'accès aux dossiers pour cette période a été limité puisque le nouveau formulaire n'était pas encore intégré dans leur DME ni pleinement approprié dans toutes les cliniques. Malgré ces contraintes, 5 dossiers en provenance des GMF ont pu être audités.

Au total, l'échantillon final pour le RLS de La Pommeraie, dans le cadre de la Phase 1 du projet, s'élève à **233 dossiers audités**.

En résumé, l'ensemble de ces outils d'évaluation a été validé par le Comité de gestion opérationnelle. L'ensemble des formulaires sont disponibles en annexe à titre de référence. Les principaux résultats issus de leur utilisation seront présentés dans les sections suivantes.

## 6 PRINCIPAUX RÉSULTATS

---

Dans cette section, nous présentons les principaux résultats obtenus lors de la Phase 1 du projet pilote, grâce aux différents moyens d'évaluation précités.

### 6.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE RÉALISÉ AUPRÈS DES MÉDECINS

14 médecins omnipraticien(ne)s ont répondu au sondage et 70 % des médecins répondant(e)s exercent dans plus d'un milieu de pratique.

- **Aisance à la discussion**

Notons, à titre de résultats principaux, que les médecins se considèrent à l'aise de discuter des objectifs de soins, tout comme ils/elles le sont pour discuter des niveaux de soins (NIM).

- **Approche préconisée**

Ils/elles sont aussi très en faveur (93 %) de l'approche précoce, multidisciplinaire et évolutive proposée bien que plusieurs ajoutent, dans les commentaires recueillis, ne pas avoir suivi la formation.

- **Non-RCR**

La moitié des médecins sondé(e)s ne considèrent pas être à l'aise de compléter la section du formulaire réservée à la RCR. Si nous prenons en considération les commentaires du sondage, nous comprenons que la question de la non-RCR, lorsque cela est inapproprié ou futile et que l'utilisateur en exprime le souhait, semble poser un problème dans 50 % des cas.

- **Apport du nouveau formulaire**

Enfin, soulignons que le nouveau formulaire ne semble pas faciliter la tâche des médecins car 57 % sont en désaccord avec cette affirmation.

Nous portons à votre attention les pourcentages significatifs (entre 15 et 22 %) de questions demeurées sans réponse. Nous y reviendrons dans la section des constats.

Vous trouvez les résultats plus détaillés de ce sondage dédié à l'annexe 1 : intégration phase 1.

## 6.2 PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE AUPRÈS DES IPS

3 IPS ont répondu à leur sondage, ils/elles exercent en première ligne (GMF et CLSC). Notons que l'expérience de complétion de formulaire était limitée à 1.

Nous ne pouvons donc pas établir de tendance ni conclure à des constats précis. Notons simplement que les IPS participant(e)s ont, entre 67 % et 100 %, été à l'aise dans l'exercice de complétion du nouveau formulaire, sauf en ce qui concerne la RCR (33 %).

Vous trouvez les résultats plus détaillés de ce sondage dédié à l'annexe 2 : intégration phase 1.

## 6.3 PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE RÉALISÉ AUPRÈS DU PERSONNEL INFIRMIER

Au total, 22 personnes infirmières en provenance de 6 milieux de pratique différents ont répondu au sondage. Les principaux résultats du sondage auprès du personnel infirmier sont les suivants :

- **Collaboration à la discussion**

68 % d'entre eux/elles ont répondu être en accord avec le fait qu'ils/elles devaient collaborer à la discussion sur les objectifs de soins. Ce pourcentage est appuyé d'ailleurs par des commentaires témoignant de leurs rôles privilégiés auprès des usager(-ère)s, notamment en terme de temps. 23 % étaient par contre en désaccord et les commentaires exprimaient la perception d'un manque de confiance interprofessionnelle.

- **Nouveau vocabulaire**

50 % étaient d'avis que le nouveau vocabulaire – prolongation, équilibre, confort – facilitait les discussions avec les usager(-ère)s contre 23 % qui étaient en désaccord.

- **Aisance à participer aux discussions**

73 % se disaient à l'aise de participer à la discussion sur les objectifs de soins avec les usager(-ère)s contre 27 % qui ne le l'étaient pas. Parmi les commentaires recueillis c'est surtout la compréhension des infirmier(-ière)s à propos de leur implication dans les discussions sur les objectifs de soins qui limite leur participation.

Vous trouvez les résultats plus détaillés de ce sondage à l'annexe 3 : intégration phase 1.

## 6.4 PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE RÉALISÉE AUPRÈS DES USAGER(-ÈRE)S

- **Profils des personnes rencontrées**

14 usager(-ère)s ont été questionné(e)s, dont 86 % étaient des femmes et 93 % âgé(e)s de plus de 55 ans. Concernant leur lieu de prise en charge, 65 % étaient hospitalisé(e)s à BMP (médecine, chirurgie, soins intensifs) et 35 % résidaient en CHSLD.

■ **Discussion sur les objectifs de soins**

Tous les participant(e)s (100 %) ont eu une discussion avec un médecin sur les objectifs de soins. Lors de cette discussion, 65 % étaient seul(e)s, tandis que 35 % étaient accompagné(e)s d'un(e) proche.

■ **Compréhension des objectifs de soins (PEC)**

Plus de la moitié (57 %) affirment ne pas avoir discuté des objectifs de soins en regard de la formulation : Prolongation, Équilibre, Confort (PEC). Ce constat semble être en lien avec l'utilisation du nouveau vocabulaire utilisé. Un besoin d'outils pédagogiques, comme des exemples concrets ou des dépliants explicatifs, est donc exprimé pour faciliter cette compréhension. Malgré cela, 64 % estiment que les informations sur les objectifs de soins étaient faciles à comprendre, leur permettant ainsi de prendre des décisions éclairées. Par ailleurs, 86 % se sont déclaré(e)s à l'aise avec la manière dont la discussion a eu lieu et 78 % estiment que les informations reçues ont répondu à leurs besoins.

■ **Discussion sur la RCR et la non-RCR**

Une majorité de 86 % des répondant(e)s affirment que la question de la Réanimation Cardio-Respiratoire (RCR) et de la non-RCR a été abordée. Par ailleurs, 72 % déclarent que cette discussion leur a permis de mieux comprendre leurs volontés concernant la RCR et la non-RCR.

■ **Discussion sur le transfert et le non-transfert hospitalier**

La notion de transfert ou de non-transfert hospitalier semble moins bien abordée : 57 % des répondant(e)s affirment qu'elle n'a pas été discutée. Parmi eux, 43 % ne pouvaient pas dire si la discussion les avait aidés à mieux comprendre et exprimer leurs volontés à ce sujet. 29 % estiment que cette discussion a amélioré leur compréhension, tandis que 28 % déclarent que ce n'était pas le cas.

■ **Remise et utilisation de la copie du formulaire des objectifs de soins**

La majorité des participants (71 %) n'ont pas reçu de copie du formulaire des objectifs de soins. Parmi ceux qui l'ont reçu, 83 % ne savaient pas quoi en faire, ce qui révèle un manque important d'accompagnement dans l'utilisation de ce document.

■ **Impact global de la discussion**

Globalement, 72 % des répondants considèrent que cette discussion leur a permis d'exprimer leurs questions, inquiétudes ou préoccupations concernant leurs objectifs de soins. Enfin, 93 % recommanderaient à d'autres usager(-ère)s d'avoir cette discussion.

→ Les usager(-ère)s se déclarent globalement satisfait(e)s d'avoir eu une discussion sur leurs objectifs de soins, mais trouvent cette rencontre trop brève (environ 5 minutes) au regard de leurs besoins. Ils/elles souhaiteraient que cette discussion ait lieu plus tôt, idéalement en dehors d'un épisode aigu et dans un cadre connu, avec un(e) intervenant(e) de confiance, tel que leur médecin de famille, ce qui leur permettrait de mieux réfléchir à leurs volontés.

- Par ailleurs, l'accessibilité de l'information demeure un enjeu important, notamment en raison du langage utilisé par les médecins et de la formulation actuelle des objectifs de soins qui pose des défis de littératie pour les usager(-ère)s.
- Afin de faciliter cette démarche, il est proposé de permettre aux usager(-ère)s de se familiariser avec les objectifs de soins avant la discussion, notamment par le déploiement d'un dépliant explicatif accompagné d'une sensibilisation des intervenant(e)s à son utilisation.

Enfin, les usager(-ère)s ne comprennent pas toujours les suites de la discussion, notamment ce qu'ils/elles doivent faire avec la copie du formulaire lorsqu'ils/elles la reçoivent, ce qui souligne l'importance d'un meilleur accompagnement dans cette étape.

Vous trouverez le tableau synthèse des principaux résultats de l'entrevue menée auprès des usager(-ère)s à l'annexe 7.

## 6.5 PRINCIPAUX RÉSULTATS DES AUDITS DES DOSSIERS

Un total de 233 dossiers a été audité par 7 personnes auditrices à l'aide d'un formulaire Microsoft Forms, avec un temps moyen de complétion de 2 minutes et 51 secondes par dossier.

### ■ Répartition des dossiers

Sur l'ensemble des 233 dossiers analysés, 78 % provenaient de l'hôpital BMP, soit 184 dossiers. Cette prédominance pourrait introduire un certain biais vers un contexte de soins aigus, influençant l'interprétation des résultats. Les autres milieux représentés comprenaient 44 dossiers provenant de CHSLD, ce qui correspond à 18,8 %, et 5 dossiers issus de GMF, soit 2,1 %.

Parmi les dossiers en provenance de l'hôpital BMP, la majorité était associée à l'unité de médecine, qui comptait pour 51,6 % des cas, soit 95 dossiers. L'unité de chirurgie représentait 25 % des dossiers, avec 46 cas, suivis par les soins intensifs, avec 28 dossiers, soit 15,2 %. L'unité de gériatrie comptait 12 dossiers, représentant 6,5 %. Les unités d'urgence et d'hébergement étaient peu représentées, avec respectivement 2 dossiers (1,1 %) et 1 dossier (0,5 %).

### ■ Complétion des champs clés du formulaire

L'analyse des formulaires complétés dans le RLS de La Pommeraie met en lumière des résultats contrastés quant à la qualité et à l'uniformité de la documentation.

- Certains éléments clés présentent des taux de complétion très élevés, notamment l'identification d'un objectif de soins, cochée dans 99 % des cas, la présence d'une signature de clinicien dans 95 % des formulaires, ainsi que l'indication du numéro de permis dans 88 % des dossiers.
- D'autres champs révèlent toutefois des lacunes importantes. Par exemple, la personne ayant participé à la discussion n'était identifiée que dans un peu plus de 50 % des cas, tandis que les volontés antérieures étaient documentées dans seulement 40 % des formulaires.  
De même, moins de 55 % des sections concernant la discussion clinique, la décision RCR ou le transfert hospitalier étaient dûment complétées.

Ces résultats illustrent probablement une appropriation partielle du formulaire. Ces écarts d'utilisation méritent une attention particulière afin d'en déterminer la compréhension et le sens.

Vous trouverez un tableau détaillé de cette section à l'annexe 8.

Nous comprenons que l'analyse des dossiers met en lumière une tendance marquée à centrer les discussions sur les objectifs de soins autour de l'épisode de soins en cours, plutôt que sur la trajectoire globale de vie de l'utilisateur(-ère). De plus, près de la moitié des dossiers ne comportent aucune trace formelle de discussion, ce qui pourrait témoigner d'une approche parfois expéditive ou partielle, au détriment d'un réel dialogue partagé.

Par ailleurs, certaines sections du formulaire, notamment celle sur le transfert hospitalier, sont fréquemment non complétées, en particulier en milieu hospitalier. Or, cette section vise à guider les soins en tenant compte de la condition clinique globale de l'utilisateur(-ère), indépendamment du lieu où il se trouve.

Face à ces constats, plusieurs pistes d'amélioration émergent :

- Il apparaît essentiel de renforcer la formation des cliniciens quant à l'utilisation complète et cohérente du formulaire ainsi que l'importance d'aborder les volontés antérieures et les décisions relatives au transfert, même à l'hôpital.
- Une meilleure répartition des audits dans des milieux variés, tels que les CHSLD et les GMF, permettrait également de mieux refléter la diversité des pratiques.
- Enfin, encourager une documentation plus systématique et réfléchir à des mécanismes de soutien (outils cliniques, temps dédié, ressources de formation) contribueraient à favoriser des discussions plus approfondies, respectueuses et centrées sur l'utilisateur(-ère) et ses besoins.

## 7 PRINCIPAUX CONSTATS

---

Au-delà des résultats quantitatifs, l'ensemble des commentaires recueillis dans les différents sondages permettent de bien comprendre les enjeux, les difficultés et les aspects positifs des constats.

Ces constats peuvent être regroupés sous les aspects opérationnels, organisationnels, légaux et éthiques. Quelques-uns sont soulignés ci-dessous :

- Les professionnel(le)s ont largement signifié avoir été dérangé(e)s par un formulaire plus long et plus détaillé, alors qu'ils/elles étaient confortables avec l'ancien formulaire. Ce qui était particulièrement mentionné était que le formulaire était recto-verso et que la RCR se situait au verso.
- Le changement dans les objectifs de soins, (ABCD pour PEC) semble avoir engendré des incompréhensions et beaucoup de comparaisons comme s'il s'agissait d'une substitution, par exemple, les « B » et « C » pour le « E » du nouveau formulaire.

Certains médecins ont tout simplement exprimé leur intention de ne pas compléter le formulaire « Objectifs de soins » en signe de résistance.

- L'expérience d'utilisation a été limitée dans le temps lors de la Phase 1 et la formation n'a pas été complétée ou bien comprise par tous et toutes, si l'on porte attention aux réponses

des sondages. La plupart des professionnel(le)s ont pensé, dans un premier temps, qu'il ne s'agissait que d'un changement de formulaire. Ainsi, peu d'entre eux/elles se sont attardé(e)s au processus de discussion menant à la formulation des objectifs de soins.



- Rapidement l'équipe de proximité s'est vu confrontée à des lacunes informatiques. Bien que le projet pilote des objectifs de soins ne portait pas le mandat de l'accès en temps réel aux données cliniques, le projet a mis en lumière la limite d'efficacité et de respect des objectifs de soins par l'absence d'un dossier unique informatisé.
- Lors de nos échanges avec les professionnel(le)s, ils/elles nous ont exprimé leurs besoins de formation et d'information auprès de la clientèle. La question des outils pour soutenir ces discussions a aussi émergé.
- Un des aspects nouveaux du processus est la contribution de l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire. Beaucoup de questions nous ont été adressées : quelle est la place des autres professionnel(le)s dans la discussion des objectifs de soins? Comment transmettre les informations recueillies? Où inscrire ces informations? Devons-nous attendre que le/la médecin nous demande de procéder à la discussion de soins? Ces questions sont à l'origine des outils et de la formation produits en Phase 2 du projet. Nous reviendrons sur le sujet.
- Les milieux de vie, tels que domicile, CHSLD et RPA\*, nous ont également permis de mettre en lumière certains enjeux liés à la compréhension des rôles et des disponibilités du personnel sur place. Ces éléments ont été adressés aux instances décisionnelles.

Vous trouverez un tableau des principaux constats qui se sont dégagés de la Phase 1 à l'annexe 9.

\* RPA : Résidence privée pour aînés.

## 8 CONCLUSION

---

La Phase 1 du projet a été une étape importante pour tester le formulaire sur le terrain, mobiliser les équipes et amorcer le changement souhaité. Elle a aussi permis de mettre en lumière plusieurs défis qui ont freiné, à différents moments, la progression du projet. Le court échéancier, combiné à certains délais externes, a réduit notre capacité à ajuster le rythme ou à approfondir certaines étapes. Le manque de ressources humaines disponibles, jumelé à une répartition des rôles parfois floue, a également compliqué la mise en œuvre.

Sur le plan de la préparation, plusieurs éléments structurants, comme les mandats des comités, les livrables ou les indicateurs de suivi, n'avaient pas été suffisamment définis au départ, ce qui a nui à la coordination générale. Une certaine résistance au changement a été aussi observée, notamment face à l'introduction du nouveau formulaire et à la transformation des pratiques cliniques. Cette réaction, bien que naturelle dans un processus de transition, a mis en évidence l'importance d'un accompagnement plus soutenu et mieux adapté à la réalité des milieux de soins.

Il faut aussi reconnaître que, malgré ces obstacles, la grande majorité des professionnel(le)s rencontré(e)s ont démontré une réelle ouverture à la collaboration. Toutefois, le contexte exigeant et chargé des milieux cliniques a rendu difficile une appropriation complète du processus et de l'outil proposé. Ces limites ont eu un impact direct sur la planification de la Phase 2, obligeant à ajuster les objectifs en conséquence. Alors que la Phase 1 a surtout permis de comprendre et de s'approprier le nouveau formulaire, la suite du projet devra mettre l'accent sur le cœur du processus : la discussion des objectifs de soins. Conscient(e)s de ces enjeux, nous avons choisi de maintenir l'échéancier initial pour conserver l'alignement avec les grandes étapes du projet. Ceci dit, la contrainte liée à la disponibilité des ressources de l'équipe du projet demeure bien réelle et continuera de représenter un défi pour la mobilisation des équipes et leur adhésion au changement.

# PHASE II : DÉPLOIEMENT PROGRESSIF ET CONSOLIDATION DE LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION

## 1 INTRODUCTION

---

### 1.1 CHOIX DU RLS DE MEMPHRÉMAGOG

Les principaux constats issus de la Phase 1 dans le RLS de La Pommeraie ont mis en lumière plusieurs défis importants, notamment en lien avec l'appropriation du nouveau formulaire, la qualité de la formation offerte aux équipes ainsi que les limites de l'approche interdisciplinaire dans la discussion et la formulation des objectifs de soins. Ces apprentissages ont orienté la conception de la Phase 2, menée de septembre 2024 à février 2025 dans le RLS de Memphrémagog.

Ce RLS a été choisi en raison de son profil particulièrement adapté à la poursuite du projet. Avec une population en croissance de plus de 54 000 personnes, un âge médian élevé (54 ans) et près de 30 % de résident(e)s âgé(e)s de 65 ans et plus, le RLS de Memphrémagog<sup>5</sup> présente des besoins importants en matière de planification des soins.

Le vieillissement de la population, la proportion de personnes vivant seules ou avec des ressources limitées, ainsi que la présence marquée de troubles de santé mentale et de maladies chroniques renforcent la pertinence de ce choix.

Par ailleurs, la diversité des milieux de vie sur le territoire (domicile, RPA, CHSLD) et la capacité à mobiliser les équipes de première ligne en font un environnement propice à l'expérimentation et à l'ajustement des approches développées.

### 1.2 OBJECTIF ET ACTUALISATION DE LA PHASE 2

La Phase 2 du projet a été déployée dans le RLS de Memphrémagog, en réponse aux constats formulés lors de la Phase 1. Cette seconde étape visait principalement à valider l'efficacité d'une stratégie d'implantation mieux ciblée, afin de favoriser une appropriation plus complète et durable du processus de discussion des objectifs de soins par les professionnel(le)s de la santé.

L'accent a été mis sur l'intégration progressive de la démarche dans les pratiques cliniques, en insistant sur la clarification des rôles, l'adaptation des modalités de formation et la création de conditions favorables à l'engagement des équipes. La stratégie s'est appuyée sur une communication proactive, la mobilisation des milieux cliniques et un accompagnement soutenu tout au long du processus.

---

<sup>5</sup> Castonguay, P., Clapperton, I., & Gagné, D. (2024). *Portrait du Réseau local de services (RLS) de Memphrémagog*. CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

[https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Portrait-population/Faits\\_saillants\\_2024/3\\_RLS\\_Memphrémagog.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Portrait-population/Faits_saillants_2024/3_RLS_Memphrémagog.pdf)

Une attention particulière a été portée à la planification en amont de l'implantation du formulaire, notamment par des actions de communication ciblées auprès des médecins occupant un rôle de gestion. Ces échanges, réalisés par rencontres virtuelles ou téléphoniques, visaient à les impliquer activement dans la démarche, à les mobiliser dès le départ et à les positionner comme leviers de changement auprès de leurs pairs.

### 1.2.1 Révision et développement des outils

Pour appuyer cette implantation bonifiée, plusieurs outils ont été révisés ou développés :

1. Le formulaire et son guide ont été améliorés afin d'en faciliter l'usage. [Formulaire INESSS version 2](#)
2. [Une annexe](#), élaborée par l'INESSS en collaboration avec l'équipe de projet, permet désormais aux professionnel(le)s qui ne sont ni médecins ni résidents ni IPS ou CIPS – comme les infirmières, les intervenant(e)s en soins spirituels, ergothérapeutes, travailleur(-euse)s sociaux(-ales), etc. – de consigner leurs échanges avec l'usager(-ère) ou son/sa représentant(e) au sujet des objectifs de soins.
3. [Un aide-mémoire clinique](#) a aussi été conçu pour structurer le processus de manière simple et cohérente, autour de quatre actions clés : **discuter, formuler, compléter et transmettre**, selon une **approche précoce, évolutive et interdisciplinaire**. Cet outil vise à guider les professionnel(le)s dans la mise en œuvre concrète du processus.
4. Par ailleurs, un [dépliant à l'intention des usager\(-ère\)s et de leurs proches](#) a été développé par l'équipe de projet, en collaboration avec 3 usagères partenaires et une professionnelle du service Expérience des usagers de la DQEP. Ce document vise à les sensibiliser à l'importance des objectifs de soins et à leur fournir des repères concrets sur les démarches à entreprendre à la suite de la réception d'une copie du formulaire, encourageant ainsi leur implication active dans la planification de leurs soins.

Ces outils ont été mis à la disposition des professionnel(le)s dans divers contextes cliniques au cours de la Phase 2. Leur pertinence, leur utilisation sur le terrain et leur apport à la démarche ont été évalués afin d'en tirer des apprentissages utiles pour un déploiement à plus grande échelle.

La Phase 2 a permis de renforcer les bases du projet en adaptant les outils, en bonifiant l'offre de formation pour soutenir les pratiques cliniques et en favorisant une appropriation accrue de la démarche interdisciplinaire.

La communication continue avec les gestionnaires locaux(-ales), qui agissent comme facilitateurs et facilitatrices de terrain, ainsi que l'implication active de la coordonnatrice opérationnelle locale, ont joué un rôle clé dans le déploiement de cette deuxième phase. La consolidation de cette stratégie dans le RLS de Memphrémagog constitue de facto une étape essentielle en vue d'un déploiement élargi et cohérent à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Les prochaines sections présenteront les mesures de soutien mises en place, les résultats issus des évaluations réalisées ainsi que les constats majeurs qui résultent de la Phase 2.

## 2 FORMATION PAR WEBINAIRE

---

Nous avons axé la formation de la Phase 2 sur la compréhension du processus de discussion, en nous appuyant sur le contenu du guide de l'INESSS. L'essentiel de la formation reposait sur l'idée qu'un processus de discussion est réussi si les professionnel(le)s ont bien intégré les quatre actions suivantes : discuter, formuler, compléter et transmettre. De plus l'importance des aspects précoces, évolutifs et interdisciplinaires du processus de discussion a été soulignée. La formation a été donnée sous la forme de webinaire, à deux occasions. Un webinaire pour les médecins et les IPS et un autre pour tous les autres professionnel(le)s clinicien(ne)s multidisciplinaires. Notons qu'il s'agissait du même webinaire mais la présentation était adaptée à la clientèle ciblée. Les questionnaires avaient été préalablement joints en Phase 1. Cependant, pour celles et ceux qui n'avaient pas pu assister au webinaire de cette phase, la possibilité leur était donnée de se joindre aux professionnel(le)s multidisciplinaires. Nous avons offert les webinaires sans possibilité d'y assister en présentiel. Soulignons que les participant(e)s pouvaient interagir avec nous en cours de formation, qu'il s'agisse de poser des questions ou d'apporter des précisions et des commentaires. Les webinaires ont été enregistrés aux fins d'écoute ultérieure.

### 2.1 PARTICIPATION AUX WEBINAIRES ET VISIONNEMENTS EN DIFFÉRÉ

Dans le cadre de la Phase 2 du projet, deux formations ont été offertes sous forme de webinaires dans le RLS de Memphrémagog à la fin du mois d'octobre 2024.

- Le premier webinaire, offert le 30 octobre, s'adressait aux médecins et aux IPS. Sur les 87 professionnel(le)s invité(e)s, 29 ont assisté à la séance en direct, soit un taux de participation de 33,3 %.
- Le second webinaire, offert le 31 octobre, s'adressait aux autres professionnel(le)s clinicien(ne)s, a réuni 20 participant(e)s sur 136 invité(e)s, ce qui représente un taux de participation de 14,7 %.

Afin de maximiser la portée de ces formations, les deux webinaires ont été enregistrés et rendus accessibles en différé sur la plateforme *Vimeo*. La version destinée aux médecins et aux IPS a été visionnée par 18 personnes supplémentaires, tandis que celle destinée aux autres professionnel(le)s l'a été par 70 personnes. Ces visionnements en différé témoignent d'un intérêt notable pour la formation, particulièrement chez les professionnel(le)s n'ayant pu participer en temps réel, et soulignent l'importance de proposer des formats flexibles qui s'adaptent aux contraintes des milieux cliniques.

## 3 DÉPLOIEMENT DU FORMULAIRE RÉVISÉ ET ENJEUX LIÉS AU CONTEXTE

---

À partir du 1er novembre 2024, une nouvelle version du formulaire des objectifs de soins; révisée par l'INESSS et accompagnée de son annexe ainsi que de son guide de déploiement; a été graduellement introduite dans le cadre de la Phase 2 du projet. Cette version a remplacé l'ancien formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (DT9261), dans les milieux cliniques du RLS de Memphrémagog concernés par la planification des soins, notamment les CH, les CHSLD, les SAD et les GMF.

Conformément aux modalités déjà en place pour le formulaire précédent, cette implantation initiale s'est limitée à l'usage dans les dossiers papier. Toutefois, le déploiement n'a pu être réalisé dans la MDAA du RLS, en raison de l'incompatibilité de la plateforme numérique Gustav, qui ne permettait pas de supporter simultanément les deux formulaires. Le déploiement dans ce milieu de vie est donc reporté à la Phase 3, prévue lors de l'intégration du formulaire dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Contrairement à la Phase 1, le déploiement s'est déroulé en une seule étape dans tous les milieux concernés, avec trois objectifs principaux :

1. Tester l'intégration du processus de discussion des objectifs de soins à l'aide du nouveau formulaire, de son annexe et du guide révisé par l'INESSS.
2. Recueillir les rétroactions sur les outils développés, notamment l'aide-mémoire clinique et le dépliant destiné aux usager(-ère)s, en vue de leur amélioration.
3. Valider la stratégie de déploiement dans la perspective d'une mise en œuvre à l'échelle régionale (pan-estrienne).

Cependant, le court délai entre les formations et le déploiement n'a pas permis une adoption fluide et immédiate des nouvelles pratiques. Plusieurs facteurs contextuels ont compliqué cette intégration. Certains milieux ont dû gérer des urgences, comme une éclosion de gale, tandis que d'autres étaient déjà mobilisés par le déploiement du projet sur l'organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques - suivi des séjours et la planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC) - mené en parallèle. D'autres enjeux ont également été signalés : des contraintes d'accès en temps réel aux informations sur les objectifs de soins, la mobilité importante du personnel, le manque de ressources et la coexistence de ces projets simultanés.

Dans ce contexte complexe, l'écoute active de l'équipe de projet à l'égard des préoccupations exprimées par les milieux a été un facteur facilitant. Des stratégies de communication ciblées, notamment auprès des équipes médicales, ont été mises en place pour clarifier les attentes et favoriser l'adhésion.

Ces échanges ont permis non seulement d'ajuster le contenu du formulaire, mais aussi de valider les outils complémentaires en préparation de leur déploiement à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

En résumé, malgré les défis rencontrés, cette phase d'expérimentation a permis de consolider les bases nécessaires à un déploiement plus large. Les apprentissages tirés ont contribué à affiner le processus et à mieux adapter les pratiques cliniques. Les prochaines sections présenteront de façon détaillée les mesures de soutien mises en place, les résultats des évaluations effectuées ainsi que les constats clés dégagés de cette étape.

## 4 VISITE DES MILIEUX ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNEL(LE)S CLINIQUES

---

Bien que nous n'ayons pas effectué de tournée dans tous les services et tous les milieux du RLS de Memphrémagog afin de discuter avec les clinicien(ne)s, une rencontre a néanmoins été organisée par la coordonnatrice opérationnelle locale au CH de Magog, le 27 novembre 2024. L'objectif était de rencontrer les responsables et les gestionnaires des différents services afin de les sensibiliser à l'importance d'intégrer la discussion sur les objectifs de soins d'une façon précoce, évolutive et en multidisciplinarité.

Ce fut une occasion d'informer ces professionnel(le)s sur les types de clientèle visée et de répondre à leurs questions. Des informations concernant l'utilisation du formulaire, son accessibilité et le rôle que chaque professionnel(le) doit jouer ont été transmises.

De plus, nous avons effectué une rencontre dans un GMF hors établissement afin d'aller à la rencontre des professionnel(le)s qui auraient pu ne pas avoir été informé(e)s dans le réseau. Une présentation du webinaire a été réalisée sur place avec la possibilité également de se joindre à distance.

L'équipe de proximité a aussi soutenu les professionnel(le)s par téléphone, courriels ou communiqués afin de bien répondre à tous leurs besoins exprimés.

Des démarches pour soutenir les intervenant(e)s en soins spirituels ont également été entreprises.

## 5 MÉTHODE ET OUTILS D'ÉVALUATION

---

Pour mieux comprendre l'implantation du nouveau processus et du formulaire des objectifs de soins lors de la Phase 2, plusieurs outils d'évaluation ont été utilisés. Ces outils ont permis de recueillir les perceptions et les expériences des professionnel(le)s cliniques ainsi que des usager(-ère)s, tout en analysant concrètement l'utilisation des formulaires dans les milieux cliniques. Les résultats issus de ces différentes approches fourniront une base solide pour ajuster et améliorer le projet dans sa dernière phase.

### 5.1 SONDAGES AUPRÈS DES PROFESSIONNEL(LE)S CLINIQUES

Un seul sondage a été créé par les membres de l'équipe du projet pour évaluer l'expérience de chaque professionnel(le) clinique du RLS sur le nouveau processus entourant les objectifs de soins ainsi que son formulaire. Ce sont 32 questions qui ont été élaborées au total : 17 proposent des choix de réponses et 15 sont de type semi-ouvert. Le tout a été mis en format *Microsoft Forms* pour un partage par courriel et sur l'application Teams pour les différentes parties prenantes.

La période de collecte s'est déroulée du 4 février au 10 mars 2025.

De plus, rappelons que toutes les appréciations et les commentaires transmis aux membres de l'équipe de proximité, quel qu'en soit le moyen d'acheminement, ont été considérés par l'équipe de projet et intégrés au présent rapport.

### 5.2 ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES AUPRÈS DES USAGER(-ÈRE)S

Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'usager(-ère)s ayant participé à une discussion sur leurs objectifs de soins. Ces entretiens, organisés avec l'aide des équipes cliniques pour le recrutement, visaient à mieux comprendre leur expérience, leur perception de la discussion et l'usage fait de la copie du formulaire reçue. La grille d'entrevue, développée en Phase 1, a été revue avec des partenaires usager(-ère)s et une professionnelle du Service de l'expérience usager de la DQÉPP. Elle incluait des questions ouvertes et fermées, en format *Microsoft Forms*, pour faciliter la collecte de données par les personnes en charge.



### 5.3 AUDITS DE DOSSIERS

Avec l'autorisation de la DMSP ([Lettre d'autorisation Memphrémagog](#)), des audits de dossiers ont été réalisés afin d'évaluer l'utilisation du nouveau formulaire dans les milieux cliniques du RLS de Memphrémagog. La grille d'audit, inspirée de celle utilisée en Phase 1 et composée de 13 questions fermées, a été ajustée à la lumière des apprentissages précédents afin de garantir une collecte de données rapide et uniforme. Diffusée en format *Microsoft Forms*, elle a permis une saisie homogène des données. La section relative à la qualité des notes de discussion a été retirée, puisqu'il n'était pas possible d'en évaluer la pertinence. Les audits ont donc porté principalement sur la conformité de la complétion des autres sections du formulaire.

La sélection de l'échantillon a couvert la période du 1<sup>er</sup> novembre 2024 au 28 février 2025 dans les milieux de soins, tels que CH, CHSLD et GMF. Compte tenu de la courte durée de cette phase et des contraintes liées au logiciel *Gustav* utilisé dans les MDAA, ce milieu n'a pas été inclus. Contrairement à la Phase 1, la méthode initialement prévue pour déterminer la taille de l'échantillon et sélectionner les dossiers n'a pas pu être appliquée en Phase 2. Au CH, où les dossiers sont conservés en format papier, la démarche a consisté à recenser les numéros de ceux contenant un objectif PEC. Ainsi, 161 dossiers ont été recensés au CH de Memphrémagog, 17 en CHSLD, 23 au CLSC, 2 au GMF du Lac (clinique médicale à Magog) et 2 autres au GMF du Lac (point de service de Stanstead).

Dans ce contexte, l'ensemble des dossiers disponibles a été audité, portant l'échantillon final à 205 dossiers audités.

En somme, l'évaluation de la Phase 2 a fourni un éclairage essentiel sur la mise en œuvre et sur les ajustements à envisager afin d'assurer la réussite des prochaines étapes du projet. Les principaux résultats issus de cette évaluation seront présentés dans les sections suivantes.

## 6 PRINCIPAUX RÉSULTATS

### 6.1 SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS ET DES IPS

Tel que mentionné précédemment, un seul sondage pour l'ensemble des professionnel(le)s clinicien(ne)s a été produit pour la Phase 2. Nous avons extrait les données relatives aux questions et réponses s'adressant et provenant des médecins et des IPS. 16 médecins omnipraticien(ne)s et une IPS ont complété le sondage en ligne. Plusieurs de ces médecins travaillaient dans plus d'un service (29 %). Parmi les milieux de soins identifiés : l'urgence à 35 %, l'hospitalisation à 29 % et la première ligne à 35 % (SAD, soins palliatifs, hébergement, cabinet). 29 % des clinicien(ne)s ont indiqué seulement Magog. Les données nous indiquent que la majorité des répondant(e)s sont des clinicien(ne)s d'expérience (59 %) possédant plus de 10 ans de pratique.

Voici quelques résultats tirés du sondage :

- **Le nombre de formulaire « objectifs de soins » complétés**
  - Entre 10 et 20 formulaires, 41 %.
  - Plus de 20 formulaires, 41 %.



#### ■ Discussion sur les objectifs de soins

71 % des répondant(e)s se disent très à l'aise de discuter des objectifs de soins alors que 29 % se déclarent plutôt à l'aise. Toutefois, lorsqu'on leur demande si le nouveau formulaire a aidé à la discussion, 83 % sont en désaccord : 59 % en désaccord total et 24 % sont plutôt en désaccord. C'est la question pour laquelle nous avons recueilli le plus grand nombre de commentaires négatifs. Nous y reviendrons ultérieurement.

#### ■ Non-RCR

Lorsque la RCR est non cliniquement indiquée, 70 % sont plutôt ou totalement à l'aise d'en discuter alors que 18 % des répondant(e)s affirment être en désaccord.

#### ■ Transfert hospitalier

En ce qui concerne l'aisance à compléter la section concernant le transfert hospitalier, les résultats sont partagés car 42 % sont en désaccord alors que 53 % se disent en accord.

#### ■ Approche multidisciplinaire

88 % des médecins répondant(e)s se disent à l'aise envers le fait que des professionnel(le)s multidisciplinaires amorcent la discussion, bien que certains enjeux soient soulevés.

#### ■ Coaching médical

Nous avons questionné les médecins sur l'utilité du coaching offert. Sur cet aspect, nous enregistrons 18 % de non-réponse et une distribution plutôt égale des réponses.

À la lecture des commentaires, nous constatons qu'il y a eu confusion dans ce que nous souhaitions évaluer (formation par rapport à soutien et réponses individuelles).

#### ■ Outils

53 % des médecins et IPS n'ont rien répondu à la question concernant l'utilité du dépliant. Plusieurs ont affirmé ne pas l'avoir vu ou ne pas savoir de quoi il était question.

L'utilité de l'annexe pour faciliter l'accès aux informations colligées par les autres membres de l'équipe multidisciplinaire a aussi été remise en cause. Il y a eu, là aussi, confusion entre l'annexe et le guide de l'INESSS ou le formulaire. Certains ne l'avaient pas vu.

Vous trouvez l'ensemble des réponses obtenues à l'annexe 10 : intégration phase 2.

Comme pour les résultats des sondages de la Phase 1, les commentaires colligés personnellement par l'équipe de proximité et ceux provenant du sondage apportent un éclairage sur les résultats quantitatifs du sondage.

Voici certains éléments liés aux commentaires reçus :

##### 1. En référence à la nouvelle nomenclature

« Confusion quant aux lettres choisies... »

« P = prolongation ou palliatif? C = confort ou complet? Pas du tout intuitif... »

« Nouveau formulaire est imprécis et le niveau E est trop large pour une communication efficace entre professionnels... »

## 2. En référence au processus de discussion précoce, évolutif et multidisciplinaire

« J'ai trouvé la nouvelle feuille de niveau de soins HORRIBLE ... La feuille est aussi beaucoup trop longue. Personne ne va remplir toutes les cases... »

« L'ancien formulaire ABCD était de loin plus clair, il faisait du sens et demandait moins d'explications »

« Je ne sais pas de quoi il s'agit » (en parlant de l'annexe)

« Formulaire plus fastidieux que le précédent »

## 3. En référence à la participation des professionnel(le)s de l'équipe multidisciplinaire

« Tendance à nous rapporter leurs impressions des soins appropriés pour un patient donné plutôt que de respecter les souhaits exprimés par la famille et/ou le patient, je crains que ça puisse influencer ce qu'ils pourraient y inscrire »

« Possibilités d'interprétation et de points de vue contradictoires »

« Le manque d'expérience et la variabilité inter-utilisateur »

« Particulièrement la nuit, les autres professionnel(le)s ne sont pas disponibles »

« Niveau de connaissances... Connaissance des statistiques et enjeux sur le devenir des patients avec la RCR/USI à 80 ans... »

## 6.2 SONDAGE AUPRÈS DES CLINICIEN(NE)S PROVENANT DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Sur les 29 participant(e)s, 12 professionnel(le)s, dont 11 infirmier(-ière)s et 1 préposé(e)aux bénéficiaires (PAB), ont répondu à ce sondage.

Pour ces professionnel(le)s, les milieux de pratique représentaient les soins de longue durée, les soins infirmiers courants, les soins à domicile ainsi que le département d'urgence. Sur les 12 répondant(e)s, 50 % avaient plus de 10 ans de pratique dans leur profession respective et 42 % entre 2 et 10 ans.

Parmi les principaux résultats, se trouvent :

### ■ Aisance à discuter

67 % des participant(e)s ont répondu être à l'aise de discuter des objectifs de soins contre 33 % qui ont déclaré ne pas l'être. Ces dernier(-ière)s évoquent dans leurs commentaires le fait de ne pas se sentir concerné(e)s en indiquant, par exemple, que « c'est l'affaire des médecins ».

### ■ Nouveau vocabulaire

En lien avec le nouveau vocabulaire introduit (prolongation, équilibre, confort), 50 % des participant(e)s ont indiqué être en accord pour dire que ces termes avaient facilité leurs discussions. La seconde moitié, en désaccord, mentionne manquer d'information et de formation.

### ■ Transfert hospitalier

67 % des participant(e)s ont également répondu être à l'aise de discuter du transfert hospitalier en mentionnant dans les commentaires, par exemple, que « le but était d'offrir les meilleurs soins aux patients ».

### ■ Contribution multidisciplinaire

92 % des professionnel(le)s disent être à l'aise avec la contribution de tous les professionnel(le)s compétent(e)s afin d'initier une discussion sur les objectifs de soins. En complément, on retrouve dans les commentaires que le lien de confiance

peut varier entre les professionnel(le)s. Nous avons également relevé qu'il est possible de profiter de l'aisance de l'un ou l'autre des intervenant(e)s pour aborder les objectifs de soins.

- **Utilité du coaching et de la formation**

Plus de la moitié des professionnel(le)s (58%) ont révélé à travers leurs réponses avoir perçu la formation et le *coaching* comme étant utiles. L'autre portion (42%) regroupe des personnes qui disent ne pas avoir participé à la formation ou qui n'ont pas bénéficié de *coaching*.

- **Perception du dépliant**

50 % des participants perçoivent le dépliant comme facilitant pour préparer les usager(-ère)s et leurs proches à la discussion. L'autre moitié mentionne ne pas connaître l'existence du dépliant ou évoque sa non-disponibilité sur leur unité.

- **Perception de l'annexe**

50 % sont également d'avis que l'annexe facilite l'accessibilité aux informations récoltées par tous les membres de l'équipe de soins. L'autre moitié ne peut ou ne veut pas répondre à la question.

Vous trouvez l'ensemble des réponses obtenues à l'annexe 11 : intégration phase 2.

## 6.3 PRINCIPAUX RÉSULTATS DES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES RÉALISÉES AUPRÈS DES USAGER(-ÈRE)S

Dans le cadre de la deuxième phase du projet, des *entrevues semi-dirigées* d'une durée de 15 à 30 minutes ont été menées auprès des usager(-ère)s aptes ayant participé à une discussion sur les objectifs de soins. L'objectif était de recueillir leurs perceptions, leur compréhension et leur niveau de satisfaction quant à cette discussion ainsi que leur expérience liée à la remise des outils, notamment la copie du formulaire et le dépliant.

Les entrevues ont été réalisées individuellement à l'aide d'un guide structuré en 5 sections, comprenant 7 questions principales et 10 secondaires, dont les réponses furent consignées sur *Microsoft Forms*. Les thèmes abordés portaient sur le contexte de la discussion, les décisions prises, le ressenti émotionnel, les aspects sociodémographiques et les impressions générales.

### 6.3.1 Profil des usager(-ère)s rencontré(e)s

7 usager(-ère)s ont participé aux entrevues. La majorité étaient des hommes (71 %) âgés de 75 ans et plus (71 %), les autres étaient âgé(e)s de 55 à 74 ans. Toutes les discussions sur les objectifs de soins ont été menées par un(e) médecin.

Les milieux de soins pris en compte furent le CH en médecine (71 %), le CHSLD (14 %) et l'urgence (14 %).

Dans 71 % des cas, l'usager(-ère) était seul(e) lors de la discussion, tandis que 29 % étaient accompagné(e)s d'un(e) proche.

### 6.3.2 *Perceptions des usager(-ère)s sur la discussion des objectifs de soins*

Les résultats indiquent une perception globalement positive des discussions autour des objectifs de soins.

- Dans 86 % des cas, les échanges portaient bien sur les objectifs de soins (PEC) et la même proportion d'usager(-ère)s affirme en avoir compris le contenu.
- Le niveau de confort pendant ces discussions est jugé satisfaisant par 71 % des répondant(e)s. Tous affirment que le PEC répondait à leurs besoins.
- La réanimation cardio-respiratoire (RCR) a été abordée dans 100 % des cas, avec un taux de compréhension de 86 %.
- En revanche, les discussions sur le transfert hospitalier sont moins fréquentes, présentes dans seulement 57 % des échanges, et la compréhension des choix associés demeure limitée avec 14 % de réponses positives et 72 % d'absence de réponse.

Ces constats mettent en lumière une bonne appropriation des thèmes liés au PEC et à la RCR, mais soulignent un besoin d'amélioration quant à la clarté et à la fréquence des discussions sur le transfert hospitalier.

Un tableau détaillé sur la perception des usager(-ère)s à l'égard de ces différents aspects est présenté à l'annexe 12.

### 6.3.3 *Retours sur les outils remis aux usager(-ère)s*

Nous constatons que des lacunes importantes persistent concernant les outils complémentaires :

- Seulement 17 % des participant(e)s ont reçu une copie du formulaire et aucun(e) ne savait ce qu'il/elle devait en faire.
- De plus, 86 % n'ont pas reçu le dépliant explicatif. Ce manque d'accès à l'information nuit à la compréhension globale et limite l'autonomie des usager(-ère)s après la discussion.

Un tableau détaillé sur les outils remis aux usagers est présenté à l'annexe 13.

En somme, même si la qualité des échanges autour des objectifs de soins est perçue positivement, un effort demeure nécessaire pour renforcer l'accompagnement qui suit ces discussions.

Une meilleure remise des outils, accompagnée d'explications claires, est essentielle pour assurer la continuité des soins et favoriser l'engagement éclairé des usager(-ère)s.

## 6.4 PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'AUDIT DE DOSSIERS

Dans le cadre de la Phase 2 du projet, un [audit de dossiers](#) a été réalisé afin d'évaluer la qualité de la documentation du formulaire « Objectifs de soins » dans les milieux du RLS de Memphrémagog. 2 auditeur(-trice)s ont utilisé un sondage numérique *Microsoft Forms*. Au total, 205 formulaires ont été audités.

### 6.4.1 Répartition des dossiers

Parmi les milieux représentés figurent :

- Le CH de Memphrémagog, qui domine largement avec 16 dossiers, soit 78 % du total;
- Le CLSC, qui suit avec 23 dossiers, soit 11 %;
- Le CHSLD, pour finir avec 17 dossiers, soit 8 %.

À l'intérieur du CH de Memphrémagog :

- La majorité des formulaires provient de l'unité d'urgence, qui regroupe 87 dossiers, soit 54 % des cas;
- L'unité de médecine représente, quant à elle, avec 52 dossiers, 32 % des formulaires analysés;
- Les unités classées comme « autres » comptent pour 13 % des cas;
- L'unité d'hébergement est très peu représentée, avec un seul dossier, correspondant à moins de 1 %.

Cette répartition témoigne d'une utilisation particulièrement active du formulaire par les équipes de l'urgence et de médecine, comparativement aux autres secteurs de l'établissement.

### 6.4.2 Profil des usager(-ère)s

Parmi les usager(-ère)s dont le formulaire a été audité, la majorité réside à domicile (56 %) ou en RPA (33 %). De plus, près de 52 % bénéficient d'un suivi par les services d'aide à domicile (SAD), ce qui reflète une clientèle majoritairement en contexte de soins à long terme ou de soutien communautaire.

### 6.4.3 Utilisation de l'annexe multidisciplinaire

Aucun des 205 formulaires audités ne contenait l'annexe destinée aux notes cliniques des autres professionnel(le)s. Cette absence pourrait s'expliquer par une méconnaissance de son rôle, un manque d'intégration dans les pratiques cliniques ainsi que des besoins de formation supplémentaire.

### 6.4.4 Niveau de complétion du formulaire

L'audit des formulaires complétés révèle que certains champs sont systématiquement bien documentés, témoignant d'une appropriation adéquate de l'outil par les clinicien(ne)s pour certains aspects essentiels, notamment :

- L'objectif de soins « Équilibre (E) » est celui qui revient le plus souvent, étant sélectionné dans 110 des 205 dossiers analysés. Par ailleurs, la décision relative à la RCR est cochée dans près de 98 % des cas, ce qui démontre que cette question est quasi systématiquement abordée avec l'usager(-ère).
- La signature du ou de la clinicien(ne) ainsi que son numéro de permis sont présentes dans 100 % des formulaires, ce qui assure la traçabilité et la validité des décisions inscrites.
- La volonté de transfert hospitalier est documentée dans plus de 70 % des dossiers, indiquant une bonne attention portée aux préférences de l'usager(-ère) quant à sa trajectoire de soins.

- D'autres champs importants ne sont pas complétés, tels que les volontés antérieures de l'utilisateur(-ère) qui ne sont mentionnées que dans 31,2 % des formulaires, ce qui peut soulever un enjeu quant à la prise en compte de ses souhaits exprimés précédemment ou dans un autre contexte.
- La personne ayant participé à la discussion sur les objectifs de soins est identifiée dans un peu plus de la moitié des cas (54,1 %), ce qui peut nuire au suivi et à la continuité des échanges avec les proches ou représentant(e)s légaux(-ales).  
Toutefois, nous ne pouvons conclure ici à des manquements. Ces sections peuvent ne pas avoir été complétées en raison du jugement clinique du professionnel(le) puisque ce formulaire témoigne d'un processus évolutif de la discussion sur les objectifs de soins.

La formation offerte devra mettre l'accent sur cet aspect évolutif et sur la manière de compléter le formulaire afin que les professionnel(le)s inscrivent le plus d'informations possibles permettant de comprendre ce qui a été initié, sans pour autant avoir été décidé par l'utilisateur(-ère).

Vous trouverez un tableau synthèse du taux de documentation des champs clés du formulaire pour les 205 dossiers audités, à l'annexe 14.

En somme, l'audit des dossiers révèle que si certains champs du formulaire sont bien complétés, d'autres sont souvent non complétés, ce qui limite la qualité de la planification des soins. L'annexe interdisciplinaire, absente de tous les dossiers, représente un outil essentiel pour mieux coordonner les soins entre les professionnel(le)s. Son intégration demeure une priorité pour la suite du projet. Les constats tirés de cette analyse serviront à orienter les prochaines étapes en vue d'un déploiement optimal à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

## 7 CONSTATS PRINCIPAUX

---

Plusieurs constats se dégagent des résultats du sondage et des commentaires reçus des professionnel(le)s par contacts individuels avec les membres de l'équipe et le lien intranet.

Bien que des modifications aient été apportées au formulaire initial et que les professionnel(le)s de la Phase 2 aient utilisé la version révisée de ce formulaire, des difficultés demeurent. Notons toutefois que nous n'avons pas reçu de commentaires liés à la révision de la disposition des encadrés qui posaient problème en Phase 1.

En ce qui concerne le formulaire, soulignons que la compréhension et l'intégration des nouveaux éléments ne semblaient pas optimales à la fin de cette courte phase. Plus particulièrement, la signification de la nouvelle nomenclature des objectifs de soins (PEC) n'est pas entièrement intégrée ce qui génère un inconfort dans l'utilisation de ceux-ci. La section prescriptive de la RCR a également nécessité quelques explications supplémentaires mais fut généralement bien reçue des médecins. Pour ce qui est de la section « transfert ambulancier », les informations transmises aux professionnel(le)s pourraient être bonifiées car plusieurs considèrent qu'il existe beaucoup de situations imprécises à gérer. De plus, les professionnel(le)s n'ont pas le réflexe d'ajouter des informations pour aider à préciser dans quelle situation un transfert sera fait ou pas. L'essentiel des difficultés rencontrées demeurent en lien avec le sens à donner aux médecins de la raison pour laquelle nous devons utiliser un nouveau formulaire.

Ce « pourquoi » n'est pas la raison du changement mais bien le document dans lequel se trouve l'ensemble des éléments témoignant du processus précoce, évolutif et multidisciplinaire de la discussion sur les objectifs de soins. L'implantation d'un nouveau formulaire n'est pas en soi le seul changement souhaité, bien qu'il en soit, à priori, la partie la plus visible.

À cet effet, en cours de Phase 2, l'intégration du processus de discussion, axé sur la précocité, l'aspect évolutif et multidisciplinaire n'a pas été acquise chez tous et toutes. Certains médecins ressentent un inconfort lié au changement et à la perte des repères antérieurs comme l'habitude de complétion du formulaire des niveaux d'intervention médicale (NIM) par les médecins et seule responsabilité médicale. Ainsi, nous croyons qu'ils/elles évaluent la longueur du formulaire et le plus grand nombre d'informations demandées comme une responsabilité uniquement médicale et un devoir de compléter l'ensemble du formulaire en une seule fois.

La participation des professionnel(le)s de l'équipe multidisciplinaire à la discussion des objectifs de soins est perçue comme positive. Certains enjeux sont toutefois nommés et liés à la formation et la compétence de ces professionnel(le)s. D'autres se rapportent à la cohérence dans l'approche ou à la disponibilité des ressources. L'annexe, développée à la lumière des constats de la Phase 1, n'a pas été suffisamment utilisée. En effet, plusieurs professionnel(le)s ne la connaissaient pas ou ne l'avaient jamais utilisée. Pour d'autres, des questions surgissaient en lien avec l'autonomie professionnelle à l'utiliser sans une demande médicale ou encore de l'endroit où elle devait être située dans le dossier.

Plusieurs des constats observés pointent vers le besoin de formation des professionnel(le)s concernant :

- Le processus de discussion sur les objectifs de soins comme moyen d'amélioration des pratiques : évolutif, multidisciplinaire, en cohérence avec les souhaits des usager(-ère)s et cliniquement indiqué.
- L'identification des clientèles ciblées par la discussion sur les objectifs de soins. Trop souvent associée aux soins de fin de vie, la discussion précoce des objectifs de soins auprès des clientèles identifiées permet de viser les bonnes pratiques. Son utilisation adéquate limite les enjeux éthiques et cliniques, peut réduire les plaintes, diminue les soins potentiellement non bénéfiques et surtout respecte le choix des usager(-ère)s.
- Les situations cliniques rencontrées lors de la Phase 2 ont permis de mettre en lumière des besoins de formation et de clarification légale en marge du projet pilote. Nous croyons qu'ils doivent être considérés en prévision d'une utilisation optimale des objectifs de soins sur le plan provincial.
- Parmi les constats principaux, soulignons les limites d'accès, en temps réel et pour tous les milieux, aux informations sur les objectifs de soins préalablement discutés. Ce constat est un élément majeur limitant les bénéfices de la discussion sur les objectifs de soins pour tous les déploiements ultérieurs. Enfin, des enjeux spécifiques aux conditions du milieu ont été rencontrés.

Ces enjeux sont liés à la mobilité du personnel, au manque de ressources et à la réalisation simultanée d'autres projets. Ceci a eu un impact sur nos constats.

Vous trouverez le tableau des principaux constats et enjeux identifiés lors de la phase 2 dans le RLS Memphrémagog, à l'annexe 15.



## 8 CONCLUSION

---

Les constats issus de la Phase 2 mettent en évidence des avancées significatives, mais aussi des défis persistants dans l'appropriation du formulaire révisé et, plus largement, du processus de discussion sur les objectifs de soins. Si certaines améliorations ont porté fruit, notamment en ce qui concerne la disposition du formulaire, plusieurs éléments restent à consolider. La compréhension partielle de la nouvelle nomenclature (PEC), le rôle perçu du/de la médecin dans la complétion du formulaire et la méconnaissance de certains outils comme l'annexe multidisciplinaire illustrent le besoin d'un accompagnement renforcé.

Les difficultés relevées témoignent d'un enjeu plus large : positionner la discussion sur les objectifs de soins non pas comme un simple formulaire à remplir, mais comme une démarche clinique évolutive, collaborative et centrée sur l'utilisateur(-ère). Pour ce faire, une formation plus ciblée, intégrant des enjeux éthiques et cliniques, apparaît essentielle. Elle devra viser à renforcer la compréhension du processus, clarifier les responsabilités partagées entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et soutenir l'intégration de cette pratique dans divers contextes de soins.

En vue des phases ultérieures et d'un déploiement élargi, il sera aussi crucial d'assurer un meilleur accès en temps réel à l'information sur les objectifs de soins, condition indispensable à la continuité et à la qualité des soins. Enfin, les limites propres aux milieux, notamment la mobilité du personnel, la surcharge organisationnelle et la coexistence avec d'autres projets, devront être prises en compte pour ajuster l'approche et soutenir durablement l'implantation du processus dans ce RLS.



# PHASE III : DÉPLOIEMENT À L'ECHELLE ORGANISATIONNELLE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

## 1 INTRODUCTION

---

### 1.1 OBJECTIF

Afin d'actualiser ce projet, entre novembre 2024 et juin 2025, en parallèle à la Phase 2, nous avons amorcé la Phase 3 du projet, marquant le déploiement officiel du formulaire révisé dans l'ensemble des directions cliniques et des missions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. L'objectif était d'assurer une utilisation uniforme de l'outil dans tous les milieux de soins et de services concernés.

Le déploiement s'est fait en une seule étape afin de standardiser les pratiques et de faciliter l'évaluation des impacts. Un accompagnement soutenu a été offert aux équipes, incluant des formations renforcées, la diffusion des bonnes pratiques et un soutien adapté aux besoins du terrain. Cette phase a été essentielle pour assurer une implantation du formulaire et de son annexe, améliorer la cohérence des soins et respecter les volontés des usager(-ère)s à l'échelle régionale à l'aide des outils révisés par l'INESSS.

### 1.2 ACTUALISATION DE LA PHASE 3

Afin d'assurer un déploiement efficace du projet à l'échelle organisationnelle, plusieurs actions ont été mises en place. En rappel, la structure de gouvernance a été revue pour garantir un suivi optimal et une prise de décision rapide. Parallèlement, une stratégie de communication a été développée pour faciliter la circulation de l'information à travers l'organisation, soutenue par un calendrier de déploiement détaillé. Une formation en ligne a été créée pour soutenir les professionnel(le)s, complétée par des outils de soutien pratiques. Ces démarches visent à renforcer l'adhésion des équipes et assurer une mise en œuvre fluide du projet.

Elles seront présentées de manière détaillée dans les sections suivantes.

#### 1.2.1 *Révision de la gouvernance*

- **Le comité directeur intra CIUSSS de l'Estrie - CHUS** a été chargé de superviser le déploiement au sein de l'organisation, de valider les ajustements requis selon les réalités locales et de garantir l'alignement des actions avec les objectifs du projet. Il regroupe des représentants de la Direction des soins infirmiers (DSI), de la Direction médicale et des services professionnels (DMSP), de la Direction de la santé et des services sociaux (DSMSSS), ainsi que la chargée de projet.
- **Le comité d'implantation des objectifs de soins**, quant à lui, a été formé à la suite d'une rencontre tenue le 10 décembre 2024 avec les coordonnateur(-trice)s des principales directions cliniques. Cette rencontre visait à présenter l'état d'avancement du projet, clarifier les rôles de chacun(e) et planifier les prochaines étapes.

En l'absence, les participant(e)s pouvaient consulter un enregistrement pour bien comprendre quelle est leur contribution attendue selon leur milieu (courte durée, hébergement, milieux de vie, première ligne). Chaque direction a désigné un(e) porteur(-euse) pour siéger à ce comité en plus de 3 médecins référents identifiés par un(e) médecin membre du comité de gestion opérationnelle, celui-ci ayant été **substitué par le comité d'implantation**. Composé de 26 membres, incluant l'équipe projet, ce comité a joué un rôle clé dans l'adaptation locale et la coordination du déploiement sur le terrain.

### **1.2.2 Stratégies de communication et calendrier maître du déploiement**

Après la mise en place du comité d'implantation à la mi-décembre, un calendrier maître du déploiement a été élaboré par l'équipe de projet, puis continuellement ajusté en fonction des enjeux identifiés. Ce calendrier regroupe les actions qui ont été menées conjointement par l'équipe projet et les porteur(-euse)s des Directions, selon les jalons décrits en première partie du rapport.

La stratégie de déploiement s'est articulée autour de ces deux principaux axes :

- 1. Mobilisation des parties prenantes :** Dès le départ, les gestionnaires, responsables médicaux(-ales), professionnel(le)s des différents milieux cliniques (CH, CHSLD, MDAA, RI, SAD, GMF, etc.) ainsi que les représentant(e)s des directions concernées ont été mobilisé(e)s. Cette mobilisation élargie a favorisé une mise en œuvre cohérente, ancrée dans les réalités du terrain. Du côté médical, la directrice adjointe de la DMSP a supervisé le déploiement à travers les structures médicales de gouvernance déjà existantes.
- 2. Communication ciblée et continue :** Un plan de communication a été conçu en collaboration avec le Service des communications pour assurer une diffusion efficace du projet. Des présentations détaillées ont été faites auprès des Directions cliniques et des messages ont été relayés par les canaux internes (notes de service, courriels) propres à chaque Direction afin d'informer et d'impliquer les équipes.

Les **communications** ont été effectuées par la DSI, en collaboration avec l'équipe du projet. Les communications de la DMSP ont été conçues et diffusées selon les modalités de communication normalement utilisées (rencontres des chefs de département, du CMDP et de certains services médicaux, communiqués, etc.).

- Dès le mois de novembre 2024, une communication progressive avec les gestionnaires locaux(-ales) a été amorcée. Une première action de sensibilisation a eu lieu lors d'un lac-à-l'épaule de la DSI autour de l'approche palliative intégrée (API), réunissant les acteur(-trice)s impliqué(e)s en soins palliatifs et de fin de vie. Cette activité a permis de susciter l'intérêt pour la Phase 3 dans tous les secteurs. L'équipe a d'ailleurs été interpellée à quelques occasions afin de collaborer avec les responsables de l'API (expertise sur la trajectoire et capsules d'information).
- De plus, la section dédiée sur l'intranet du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a été mise à jour, tout comme celle du site Santé Estrie, pour centraliser tous les documents clés liés au projet. Un questionnaire en ligne de format *Microsoft Forms* a également été mis à disposition pour recueillir les questions, les impressions du terrain et les demandes de soutien, dans un souci d'amélioration continue tout au long du déploiement.

- Un épisode du **Balado Savoir et Stéthoscope** (Épisode 12) a été entièrement consacré au projet, sous le titre "[Les objectifs de soins et la RCR : une responsabilité partagée?](#)" offrant ainsi une visibilité accrue et un approfondissement de la thématique.
- Bien que cela ne fasse pas partie du projet, une capsule vidéo a été créée par le Comité des usagers du CHUS sous l'initiative de 2 usagères partenaires, impliquées dès le début du projet. Cette vidéo inclut une section dédiée aux objectifs de soins. Elle a été diffusée pour sensibiliser les usager(-ère)s ainsi que leurs proches à l'importance de cette démarche, pour renforcer l'information et encourager l'implication des usager(-ère)s dans la planification de leurs soins.

Au cours du déploiement, le besoin de développer d'autres outils de sensibilisation pour des usager(-ère)s et la population en général a émergé. En réponse à ce besoin, des recommandations ont été formulées et des actions ont été entamées auprès des différentes parties prenantes, tant au niveau du CIUSSS de l'Estrie - CHUS que dans une perspective de déploiement provincial.

### **1.2.3 Développement de la formation et des outils de soutien à la pratique**

Dans le but de favoriser une implantation cohérente, compréhensible et durable du nouveau formulaire sur les objectifs de soins et la réanimation cardiorespiratoire, l'équipe projet a pris contact avec le médecin responsable du service universitaire sur les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) pour confirmer le choix d'intégrer rapidement dans le cursus académique le nouveau formulaire et son processus. L'équipe a aussi mis en place plusieurs outils pédagogiques et cliniques visant à soutenir les professionnel(le)s de la santé, à assurer une compréhension partagée du processus et à faciliter son intégration dans les pratiques cliniques quotidiennes.

#### **A. Formation en ligne**

Une [formation en ligne structurée et interactive](#) a été conçue spécifiquement pour accompagner le personnel clinique dans l'appropriation du nouveau processus. Élaborée par l'équipe projet en collaboration avec 2 usagères partenaires, 1 conseillère cadre, 1 agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), 2 conseillères en soins infirmiers (CSI). Cette formation répond aux besoins exprimés sur le terrain, notamment en matière de clarification des rôles, de communication avec l'usager(-ère) et de documentation.

La formation est divisée en 5 modules autonomes, d'une durée de 2 à 5 minutes, permettant aux professionnel(le)s de progresser à leur rythme :

1. **Introduction** : Présente le contexte, l'évolution des pratiques, les fondements éthiques et les raisons ayant mené à la révision du formulaire.
2. **Discuter** : Porte sur l'engagement du dialogue avec l'usager(-ère) et/ou ses proches, la posture professionnelle et les conditions propices à une discussion éclairée.
3. **Formuler** : Aborde la manière de recueillir les volontés de l'usager(-ère) et de les traduire en intentions cliniques cohérentes avec les options de soins.
4. **Compléter** : Explique comment remplir le formulaire de façon rigoureuse, en tenant compte des particularités cliniques et des outils disponibles.
5. **Transmettre** : Met l'accent sur la diffusion de l'information au sein de l'équipe interdisciplinaire et sur l'importance de la copie à transmettre à l'usager(-ère).

Chaque module se termine par un [quiz de validation des acquis](#), permettant aux participant(e)s d'évaluer leur compréhension. La formation est disponible sur la **plateforme ENA** (environnement numérique d'apprentissage), répondant aux standards de qualité requis pour le développement des compétences. Elle a également été rendue accessible sur **Santé Estrie**, pour les professionnel(le)s qui ne disposent pas toujours d'un accès direct à l'ENA, notamment les médecins.

La formation en ligne a été validée par l'INESSS, la DSM ainsi que le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), qui a également contribué à sa conception grâce à son expertise en techno pédagogie et en graphisme. Elle a été rendue accessible trois semaines avant le déploiement officiel du formulaire.

## **B. Outils de soutien à la pratique**

### **1. Aide-mémoire clinique**

Un aide-mémoire pratique a été développé pour accompagner les professionnel(le)s dans leur pratique quotidienne. Il résume de manière concise et visuelle les quatre grandes étapes du processus (Discuter, Formuler, Compléter, Transmettre), en intégrant les principes d'une approche précoce, évolutive, centrée sur l'utilisateur(-ère) et interdisciplinaire.

Conçu pour être facilement consultable, que ce soit en format papier ou électronique, cet outil vise à :

- Soutenir la cohérence des interventions dans les différents milieux de soins;
- Favoriser l'adhésion à la nouvelle terminologie (Prolongation, Équilibre, Confort);
- Encourager la responsabilisation partagée au sein des équipes.

### **2. Foires aux questions (FAQ)**

Pour répondre aux interrogations récurrentes des professionnel(le)s, deux [foires aux questions](#) distinctes ont été élaborées :

- Une première, destinée aux médecins et aux IPS, regroupant 21 questions spécifiques soulevées par ces professionnel(le)s en lien avec la légitimité clinique, le rôle professionnel, ou encore les responsabilités associées au formulaire;
- Une seconde, conçue pour l'ensemble des autres professionnel(le)s de la santé et des services sociaux, contenant 13 questions portant sur les rôles collaboratifs, les interactions interdisciplinaires et l'intégration du processus dans divers contextes cliniques.

Ces FAQ sont organisées par thématiques, pour faciliter la recherche d'informations, et ont été rédigées en collaboration avec les 3 membres de l'équipe projet. Elles sont régulièrement mises à jour en fonction des besoins exprimés sur le terrain.

Les deux documents ont été :

- Diffusés par courriel aux directions cliniques et aux porteur(-euse)s de projet locaux;
- Déposés sur l'intranet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Publiés sur Santé Estrie, afin d'en maximiser l'accessibilité pour les équipes médicales.

### **3. Autre modalité de soutien**

Un [document](#) au format *Microsoft Forms* a également été créé pour regrouper les questions adressées aux membres de l'équipe du projet. 5 questions fermées et 2 questions ouvertes le composait.

Ainsi était-il possible d'y inscrire son nom et ses coordonnées pour être contacté(e) au besoin par un des membres de l'équipe mais aussi de le compléter de façon anonyme afin de transmettre des suggestions ou des commentaires. Par conséquent, les membres de l'équipe du projet pouvaient rejoindre les professionnel(le)s afin de les accompagner dans leur changement de pratique.

L'ensemble de ces outils a été pensé pour soutenir les équipes dans la mise en œuvre concrète du projet, favoriser l'adhésion à un vocabulaire commun autour des objectifs de soins et assurer une qualité de soins centrée sur la personne, ses valeurs et ses volontés.

## 2 DÉPLOIEMENT DU FORMULAIRE RÉVISÉ ET ENJEUX LIÉS AU CONTEXTE

---

À partir du 24 mars 2025, le formulaire révisé a été déployé dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Il a été intégré à plusieurs plateformes, telles que DCI-Ariane, Omnimed et Myle, afin de faciliter son utilisation. Cependant, l'informatisation complète dans le DCI-Ariane au CHUS et en Haute-Yamaska n'a pas pu être priorisée, limitant l'accès en temps réel pour certains milieux. Bien que ce défi ait été identifié et adressé, il reste un enjeu non résolu.

En outre, l'incompatibilité de la plateforme *Gustav* dans les MDAA a retardé de deux mois la mise en place de ce formulaire dans ce secteur. Malgré ces défis, des rencontres régulières avec les médecins et leurs équipes, ainsi qu'une collaboration étroite avec les pilotes informatiques et l'équipe de projet, ont permis de renforcer l'adhésion des médecins et de faciliter la transition des décisions relatives aux objectifs de soins vers le nouveau formulaire pour les 264 usagers des MDAA. Toutefois, l'ajout informatique de l'annexe au formulaire demeure un enjeu non résolu pour ce secteur.

Afin de soutenir la transition vers le nouveau processus et de favoriser une meilleure appropriation des objectifs de soins dans l'ensemble des milieux cliniques concernés ainsi que de créer des conditions plus propices à son implantation sur le terrain, nous avons mentionné précédemment le développement d'outils en soutien à la pratique.

À ceci nous devons ajouter un dépliant bilingue, développé afin de sensibiliser les usager(-ère)s et leurs proches à l'importance des objectifs de soins.

Le déploiement du formulaire révisé pour la gestion des objectifs de soins, initié le 24 mars 2025 au sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, a impliqué des ajustements importants pour garantir son accessibilité et son intégration dans les différents dossiers médicaux électroniques (DME). Ce processus a fait face à certains défis techniques et organisationnels, mais a permis de mettre en place des outils de soutien essentiels pour faciliter son adoption dans les milieux cliniques concernés afin de renforcer l'adhésion aux nouveaux objectifs de soins.

### 3 SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS CLINIQUES ET COLLABORATION AVEC DES PARTENAIRES

---

Contrairement aux deux premières phases du projet, l'équipe de projet a surtout agi en soutien aux porteur(-euse)s de projet, qui étaient responsables d'accompagner leurs équipes sur le terrain.

Un *coaching* direct de la part de l'équipe projet n'a pas été privilégié, en raison de l'ampleur du déploiement à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, des ressources limitées et du calendrier serré. Des rencontres régulières avec les porteur(-euse)s, membres du comité d'implantation, ont permis de les soutenir dans l'appropriation du nouveau formulaire et dans son utilisation adéquate. Ces rencontres ont été des moments importants pour clarifier certains aspects du formulaire, notamment l'objectif « E », la question du transfert hospitalier et la case « RCR / Non-RCR ». Elles ont aussi permis de mieux expliquer les rôles de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire et la manière dont chacun(e) pouvait contribuer à l'utilisation du formulaire.

Une rencontre supplémentaire a été organisée avec les IPS afin de préciser leur rôle. Des informations concernant la compréhension du formulaire pour une complétion adéquate et uniforme avec leurs collègues médecins ont également été transmises. La question de la non-RCR et l'aisance à discuter de cet aspect avec les usager(-ère)s ou leurs représentant(e)s fut le point le plus difficile pour certain(e)s professionnel(le)s. Ils/elles ont exprimé leur limite à en discuter, particulièrement en regard des traitements dits futils ou potentiellement non bénéfiques. Il y a là un besoin de formation. Cette rencontre a été réalisée à la demande des IPS et fut très appréciée.

Du côté médical, quelques rencontres ont été sollicitées de façon individuelle. Dans ces rencontres, il fut question des motifs méconnus ayant entraîné une modification du formulaire, créant ainsi plus de résistance au changement, de la difficulté à fonctionner avec l'objectif « E » et du risque de confusion avec le « C », de la forme du formulaire et des délais trop courts pour bien intégrer le tout (gestion du changement). Nous avons aussi travaillé en collaboration avec les médecins référent(e)s, membres du comité d'implantation. Des communications écrites individuelles et des rencontres lors des réunions du comité d'implantation ont permis des échanges et des commentaires, pris en compte lors des constats et des recommandations. Les motifs de ces échanges concernaient, entre autres, l'annexe, la contresignature des résident(e)s, des aspects pratiques de fonctionnement (l'emplacement de l'annexe au dossier et que faire des versions plus anciennes du formulaire), l'importance de mettre plus d'emphasis sur la proactivité et la précocité du processus dans la formation et enfin la pertinence d'une campagne d'information ou d'une communication plus ciblée afin de promouvoir la formation à suivre ou demander à ce qu'elle soit obligatoire pour les médecins et les résident(e)s.

Deux autres rencontres ont eu lieu avec 19 intervenants en soins spirituels pour approfondir l'utilisation de l'annexe dans leur pratique.

Deux webinaires ont été organisés les 23 et 24 avril 2025 afin de soutenir les équipes cliniques. Le premier était destiné aux médecins et aux IPS, tandis que le second s'adressait à l'ensemble des gestionnaires et autres professionnel(le)s cliniques. Animés par l'équipe du projet, en collaboration avec des membres du comité de direction, ces webinaires ont permis de répondre aux questions terrain, de clarifier les directives et d'aborder les enjeux soulevés lors du déploiement.



En parallèle, des échanges directs, par courriel ou en présentiel, avec les membres de l'équipe projet ont permis de clarifier plusieurs points alors que d'autres ont été adressés aux instances décisionnelles dans le but de clarifier certaines informations utiles à une bonne utilisation du formulaire et à l'uniformisation des bonnes pratiques. Notons également que nous avons transmis au Collège des médecins du Québec (CMQ) le guide et le formulaire de l'INESSS pour commentaires. En plus des sujets énumérés ci-dessous, quelques commentaires ont été acheminés directement à l'INESSS.

Parmi les sujets abordés, on note :

■ **Le dossier de la contresignature**

Ce sujet a fait l'objet de plusieurs communications écrites et rencontres avec le CMQ, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'INESSS et l'équipe projet. Deux éléments sont soulignés par les médecins cliniciens soit la disposition des signatures - l'apprenant(e) précédant le/la professionnel(le) responsable - et la nécessité pour les résident(e)s d'être contresigné(e)s. C'est ce deuxième point qui a soulevé plusieurs fois des commentaires relatifs à l'incohérence de la contresignature exigée pour le/la résident(e) alors qu'en clinique, il/elle a la possibilité de prescrire, sous supervision professionnelle et vérification des compétences et des connaissances. L'autre élément soulevé à cet égard est l'importance d'exiger les mêmes standards de compétences et de connaissances pour chaque professionnel(le) complétant le formulaire, pour des fins de qualité de l'acte. À ce jour, l'OIIQ et le CMQ ont statué sur la nécessité de faire contresigner les résident(e)s, dans un délai « opportun » mais non les candidat(e)s IPS, bien que certains membres du CMQ se questionnent sur cette exigence.

■ **Le dossier du don d'organes et de tissus**

Dans son guide initial, l'INESSS traitait du don d'organe. Des commentaires issus des responsables locaux(-ales) du don d'organe et de tissu nous ont été communiqués. Des échanges et des rencontres entre les professionnel(le)s locaux(-ales) concerné(e)s, l'INESSS et l'équipe projet ont permis de proposer une modification au guide qui a fait consensus.

■ **Les rôles et les responsabilités des RPA par rapport au RCR**

Des questionnements en provenance des milieux ne bénéficiant pas de la présence de professionnel(le)s cliniques en tout temps nous ont été adressés en ce qui a trait à l'ordonnance de non-RCR. Les différentes RPA sont majoritairement concernées. En fait, le cours de RCR reçu par les PAB ou les Auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) ne permet pas de respecter la volonté de non-RCR en tout temps. Ce qui est inscrit dans le Code civil en ce qui concerne la Loi du bon samaritain en regard de ce qui est libellé dans le cours de RCR est contradictoire. Le tout a été adressé au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour une révision ultérieure des documents concernant le cours de RCR. Des discussions avec le MSSS sur des travaux, déjà entamés, permettront également la mise en place future d'un algorithme décisionnel afin de guider le début des manœuvres de RCR ou non, selon certaines conditions de prévisibilité. Ces démarches ont fait l'objet de rencontres avec toutes les parties prenantes afin d'assurer une cohérence et surtout un respect des objectifs de soins chez les résident(e)s vivant en RPA.

Il a également été porté à notre attention par différent(e)s professionnel(le)s et gestionnaires que l'accessibilité pour consultation des objectifs de soins par tous les membres de l'équipe soignante n'est pas toujours possible en temps opportun. Certains rappels des bonnes pratiques ont été effectués, tels que placer l'information sur les plans de travail des préposés et/ou directement dans la chambre des résident(e)s. Des rencontres d'informations ont eu lieu avec certains propriétaires des résidences également pour mettre de l'avant le respect des objectifs de soins de leurs résident(e)s.

Des discussions à cet effet ont aussi eu lieu avec la coordonnatrice des milieux de RI-RPA, la chef de service ainsi que les CSI et leurs conseiller(-ère)s cadres respectif(-ive)s.

■ **La question du « Non RCR » pour les mineur(e)s de plus de 14 ans**

Des commentaires provenant des médecins, notamment des pédiatres, concernant un risque d'interprétation des informations contenues dans le guide de l'INESSS a permis à l'équipe projet de revoir le libellé en question et de faire une proposition aux professionnels de l'INESSS.

L'enjeu concernait plus spécifiquement la question du consentement chez des mineur(e)s lorsque ceux-ci ou celles-ci refusent la RCR et que, dans un contexte de précarité, cela peut aisément entraîner la mort. Une révision est à prévoir au guide de l'INESSS et le suivi a été adressé aux médecins ayant exprimé le commentaire.

■ **Les échanges avec le milieu carcéral et les objectifs de soins (OdeS)**

Deux rencontres ont eu lieu, à la demande du Service correctionnel du Canada, afin de comprendre le nouveau processus des objectifs de soins. Les instances représentées étaient le CMQ, l'OIIQ, l'INESSS, l'équipe projet et le Barreau. L'enjeu résidait essentiellement à valider la compréhension de base du processus et à appréhender comment cela peut s'actualiser au sein d'un service canadien, où ce sont des médecins québécois qui exercent dans ces lieux. Des discussions ont porté sur la volonté d'un prisonnier(-ière) à ne pas accepter de RCR dans des contextes cliniques très singuliers (post surdose, volonté de suicide, etc.). L'idée de travailler le processus d'objectifs de soins de façon plus large, pour des clientèles spécifiques, a été réitéré à l'INESSS.

Les recommandations issues de ces échanges ont toutes été transmises à l'INESSS pour révision des sections concernées du formulaire, de son annexe et du guide d'accompagnement.

## 4 MÉTHODE ET OUTILS D'ÉVALUATION

---

La Phase 3 du projet a été marquée par une évaluation détaillée de l'atteinte des objectifs, dans un contexte où le calendrier de déploiement était serré. Pour cette évaluation, plusieurs outils et méthodologies ont été mis en place afin de recueillir des retours pertinents sur l'implantation du nouveau formulaire, ainsi que sur les supports de formation et les processus associés.

L'évaluation de la Phase 3 a reposé sur l'analyse de plusieurs indicateurs clés, notamment la participation à la formation en ligne, la satisfaction des professionnel(le)s et les retours sur l'utilisation du formulaire.

Un premier sondage a permis de d'évaluer la satisfaction des participant(e)s quant à l'efficacité et la pertinence des formations proposées.

Trois autres sondages ont été élaborés pour mieux comprendre les perceptions des différents acteurs du projet :

1. Un sondage spécifique a été conçu pour les médecins, les résident(e)s, les IPS et les CIPS, afin de recueillir leur expérience avec le formulaire et leur rôle dans son utilisation. Ce sondage, composé de 28 questions, comportait 22 questions ouvertes. Cela permettait aux participants de nous partager des commentaires détaillés. Il a été validé par les 3 médecins référent(e)s. L'objectif était de sonder leur expérience et d'obtenir des retours sur la complétion du formulaire. [sondage aux médecins et IPS](#).



2. Un sondage supplémentaire a été conçu pour l'ensemble des autres professionnel(le)s impliqué(e)s, tel(le)s que les infirmier(-ière)s et les membres de l'équipe soignante, afin d'évaluer leur expérience globale avec le formulaire et les outils associés. Développé par l'équipe projet, ce sondage comportait 25 questions, dont 21 permettaient des réponses ouvertes. Il a été revu par un membre de la DSM, une conseillère en soins infirmiers, ainsi qu'une conseillère cadre. L'objectif principal était de recueillir des retours sur leur vécu et leur expérience du processus lié aux objectifs de soins. [sondage aux professionnels.](#)
3. Enfin, un sondage a été mené auprès des porteur(-euse)s de projet. Ce questionnaire, qui comprenait 34 questions, a permis de broser un portrait précis des initiatives mises en place, des ressources utilisées et des besoins identifiés pour assurer la pérennité de ce changement de pratique. [sondage aux porteurs.](#)

Tous les sondages ont été élaborés dans *Microsoft Forms* et diffusés entre le 3 et le 23 juin 2025. Ils ont été envoyés par courriel aux porteur(-euse)s. Des codes QR imprimables ont également été mis à disposition des porteur(-euse)s pour en faciliter l'usage. Une nouvelle publiée dans l'intranet invitait l'ensemble des professionnel(le)s cliniques de l'établissement à y participer. Les principaux résultats issus de cette collecte seront présentés en détail dans les sections suivantes.

En somme, l'évaluation de la Phase 3 a permis de recueillir des données précieuses sur la mise en œuvre du formulaire révisé et sur les perceptions des professionnel(le)s cliniques.

Malgré l'impossibilité de réaliser des entrevues avec les usager(-ère)s ou des audits de dossiers, les sondages ont offert un aperçu significatif des niveaux de satisfaction, des défis rencontrés et des pistes d'amélioration proposées. Ces retours constituent une base solide pour ajuster les actions en cours et soutenir la pérennisation du projet, tant à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS que dans une perspective de déploiement provincial.

## 5 PRINCIPAUX RÉSULTATS

---

### 5.1 COLLECTE DES COMMENTAIRES DANS LE FORMULAIRE *MICROSOFT FORMS*

En ce qui concerne les résultats de cet outil, nous avons reçu au total 6 commentaires. Ce sont 3 médecins, 1 IPS et 2 CSI qui ont complété ce document. La provenance des commentaires concernait les RLS de Sherbrooke, de Memphrémagog et de la Haute-Yamaska. Les directions participantes ce sont limitées à deux, soit la DSMP et la DSI. Parmi ces 6 participant(e)s, 66 % désiraient ne pas être contacté(e)s par l'équipe. Ils ont laissé des commentaires de façon anonyme en nous disant d'une part, que le projet était clair et précis, mais d'autre part que notre processus était discutable. Deux autres commentaires concernaient la section de la signature du formulaire. Notamment en ce qui concerne la contre-signature exigée pour le/la médecin résident(e) mais pas pour le/la candidat(e) IPS ainsi que l'ordre dans lequel les signatures étaient présentées, soit médecin résident(e) en premier puis médecin par la suite. 33 % nous ont laissé leurs coordonnées acceptant ainsi d'être contactés. Ces professionnel(le)s ont été contacté(e)s afin de répondre à leurs questions, ajouter un complément d'information aux démarches en cours et entendre les plaintes formulées. Le commentaire d'un(e) médecin référent(e) concernant la demande de parapher l'annexe a également été nommé. La proposition avancée est d'aviser le/la médecin ou l'IPS qu'une note a été ajoutée à l'annexe.

## 5.2 RÉSULTATS DE LA PARTICIPATION À LA FORMATION ET DE LA SATISFACTION

### ■ Participation sur la plateforme ENA

Concernant les 759 participant(e)s inscrit(e)s sur la plateforme ENA en date du 30 juin 2025, les titres professionnels ayant les taux les plus élevés de participation sont les infirmier(-ière)s clinicien(ne)s à 18,83 %, les IPS à 14,59%, les infirmier(-ière)s à 12,73 % et les infirmier(-ière)s clinicien(ne)s assistant(e)s au ou à la supérieur(e) immédiat(e) (ASI) à 8,49 %. Parmi la catégorie « autres titres professionnels », soit 11,14 % des personnes inscrites à la formation sur la plateforme ENA, nous retrouvons un éventail de titres professionnels, tels que agent(e) en relation humaine, conseiller(-ère) en soins infirmiers, coordonnateur(-trice) et pharmacien(ne). Les Directions cliniques, quant à elles, ont quasiment toutes participées. Le plus haut taux de participation revient toutefois à la Direction de la fluidité et des unités hospitalières (DFUH) avec 26,67 %, suivie par la DSI avec 24,53 % et la Direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD) avec 23,20%.

### ■ Participation sur la plateforme Santé Estrie

En ce qui concerne le visionnement de la formation sur Santé Estrie, sur les 53 participant(e)s, 26,4 % sont des médecins ou des IPS et 73,6 % des gestionnaires et des professionnel(le)s cliniques. La possibilité de visionner chacun des blocs de manière individuelle nous a conduit à un nombre de vues par bloc entre 28 et 49. L'introduction et le bloc 1, concernant l'action de discuter, ont été les 2 blocs les plus visionnés, mais une belle répartition entre les 5 blocs est cependant observée.

Vous trouverez les tableaux complets selon les titres professionnels et les directions cliniques participantes sur la plate-forme ENA ainsi que le nombre de vues par bloc sur Santé Estrie, à l'annexe 16 : intégration phase 3.

Concernant le sondage sur [l'évaluation de la satisfaction](#), ce sont 401 professionnel(le)s qui ont répondu sur la plate-forme ENA et 5 médecins sur le site de Santé Estrie, dont un(e) médecin spécialiste. Les milieux de pratiques regroupaient les CHSLD, les GMF ainsi que le département de médecine.

Sur la plate-forme ENA, 51 % des professionnel(le)s ayant répondu sont des infirmier(-ière)s, 11 % des IPS, 4 % des physiothérapeutes, 2 % des ergothérapeutes, 2 % des intervenants(e) en soins spirituels, et 18 % d'autres professionnel(le)s. Les milieux de pratiques regroupaient en majorité les CHSLD à 21 %, la médecine à 15 % et la chirurgie à 11 %, mais aussi les secteurs MDAA, GMF, CLSC, SAD, Urgence, oncologie, soins palliatifs, etc.

Les questions posées aux participant(e)s regroupaient 4 thèmes spécifiques : les objectifs de la formation, la qualité du matériel de la formation, la fluidité de la formation ainsi que l'acquisition et le transfert de connaissances.

Parmi l'ensemble des réponses obtenues voici les principaux résultats, en ce qui concerne :

- **Les objectifs de la formation** : 95 % des participant(e)s les trouvent pertinents et 96 % estiment que les objectifs ont été atteints;
- **La qualité du matériel de la formation** : plus de 90 % évaluent le visuel comme pertinent et de bonne qualité, 90 % déclarent que le contenu était varié et 89 % qu'il reflète le contexte de travail;

- **La fluidité de la formation** : plus de 90 % apprécient l'équilibre entre la théorie et les exercices que présentait la formation et 87 % apprécient également la clarté des mises en situations;
- **L'acquisition et le transfert de connaissances** : plus de 90 % des répondants disent avoir acquis de nouvelles connaissances qui répondent à leur besoin de formation et 88 % se disent aussi capables de les transposer dans leur travail.  
Afin d'évaluer l'acquisition des connaissances nous avons aussi demandé aux participant(e)s de s'attribuer un rang de 0 à 5 avant et après la formation concernant les objectifs visés de la formation. 0 équivalant à « pas du tout capable » et 5 à « tout à fait capable ». Cette auto-évaluation a permis de récolter des résultats sur cinq autres critères spécifiques :
- **Connaître les caractéristiques de chaque objectif de soins afin de les utiliser de manière appropriée** : Le plus haut taux de réponse avant la formation se situait au rang 3 à 29 % et après la formation, les rangs 4 et 5 furent les réponses les plus populaires à 87 %.
- **La description des étapes du processus entourant les objectifs de soins afin de pouvoir les appliquer efficacement dans le cadre de leur travail** : À nouveau le rang 3 à 29 % fut la réponse du plus grand nombre avant la formation et après celle-ci, les rangs 5 et le rang 4 furent les plus populaires à 86 %.
- **La compréhension du processus précoce, évolutif et interdisciplinaire** : Un niveau de compréhension plus élevé a été démontré, avant même le visionnement de la formation, avec une majorité se situant au rang 4 avant la formation à 26 % et à la fin de la formation ce sont 62 % qui se situaient au rang 5.
- **Les rôles et les responsabilités de chaque intervenant dans le processus de discussion mais aussi dans la consignation des informations sur l'annexe et le formulaire** : 71 % se situaient entre les rangs 0 à 3 avant la formation et après celle-ci 87 % se situaient dans les rangs 4 et 5.
- **La cohérence entre le plan de soins, les objectifs de vie de la personne et l'objectif de soins** : 59 % des répondant(e)s se situaient entre le rang 0 et 3 avant la formation et après celle-ci 89 % étaient en mesure de se situer au rang 4 ou 5.

De manière générale, 92 % se disent satisfait(e)s de la formation. Les apprentissages sont jugés plutôt variés. Certains nomment avoir appris sur la présentation du nouveau formulaire, notamment sur chacune des sections et celles obligatoires pour les IPS. D'autres nomment avoir appris sur les rôles de chaque intervenant(e) et sur la précocité, la notion évolutive et l'interdisciplinarité entourant le nouveau processus.

Les commentaires soulignent à plusieurs reprises l'appropriation du nouveau vocabulaire et des différentes caractéristiques associées. Enfin, il est aussi nommé que la formation est un bon complément aux différents webinaires et rencontres offertes précédemment et qu'elle permet d'enrichir les pratiques de terrain.

Les commentaires généraux soulignent la clarté et la concision de la formation. Par ailleurs, on mentionne aussi qu'une animation plus vivante, ayant de plus gros caractère ainsi qu'une qualité professionnelle seraient souhaitables. L'inclusion d'autres professionnel(le)s dans la formation, comme les nutritionnistes, qui sont au cœur des discussions concernant les voies d'alimentation, a aussi été portée à notre attention. Une proposition d'accréditer la formation a également été mentionnée.

### 5.3 **SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS ET DES IPS - RÉSULTATS ET COMMENTAIRES**

122 médecins et IPS ont complété le sondage. Ils provenaient de plusieurs RLS dont les principaux sont Sherbrooke à 49 %, la Haute Yamaska à 23 % et La Pommeraie à 13%. Ce sont majoritairement des omnipraticien(ne)s qui ont répondu à 69 %, suivi des IPS à 16 % et des médecins d'une quinzaine de spécialités à 13 %.

Provenant de secteurs d'activités très variés, avec souvent plus d'un secteur, les répondant(e)s étaient expérimenté(e)s avec plus de 10 ans de pratique pour 58 %, entre 5 à 10 ans pour 16 % et moins de 5 ans pour 25%.

#### 5.3.1 *Résultats du sondage des médecins et des IPS*

- Dans 40 % des cas, les répondant(e)s ont complété plus de 10 formulaires, 15 % en ont complété entre 5 et 10 et 25 % n'ont complété aucun formulaire.
- La grande majorité des répondant(e)s comprennent leur rôle et se déclarent à l'aise à 93 % pour discuter des objectifs de soins.
- 76 % des professionnel(le)s comprennent l'importance de transmettre la copie aux usager(-ère)s et 70 % d'entre eux trouvent important de sensibiliser les usager(-ère)s et leurs représentant(e)s à l'utilité de cette copie.
- 89 % se considèrent compétent(e)s pour discuter de la non RCR lorsqu'elle n'est pas cliniquement indiquée.
- 83 % se disent à l'aise pour discuter du transfert hospitalier.
- 92 % adhèrent et comprennent l'importance de débiter précocement les discussions.
- 78 % adhèrent et comprennent l'importance de l'approche multidisciplinaire.
- 88 % adhèrent et comprennent l'importance de l'approche évolutive.
- 60 %, par ailleurs, comprennent l'importance de consulter l'annexe complétée par les membres de l'équipe multidisciplinaire. Cependant, les médecins et les IPS sont partagé(e)s lorsqu'on les interroge à savoir si les autres professionnel(le)s sont outillé(e)s pour la discussion.
- Ils/elles sont également partagé(e)s sur le fait que la formulation PEC facilite, ou non, les discussions.
- Enfin, les moyens de communications que sont la formation en ligne, les notes de services et les courriels, la foire aux questions, les personnes ressources et médecins référent(e)s n'ont pas été très utilisés ou sollicités par les médecins et les IPS. Le résultat est identique pour les outils, tels que l'aide mémoire, le dépliant et même l'annexe. Nous reviendrons sur cet aspect lors de nos constats et recommandations.

Vous trouvez les résultats plus détaillés de ce sondage à l'annexe 17 : intégration phase 3.

#### 5.3.2 *Commentaires des médecins et des IPS dans le sondage*

Bien que l'analyse quantitative du sondage nous révèle des informations pertinentes à la poursuite du déploiement provincial, l'étude attentive des commentaires reçus représente un des outils essentiels pour une réalisation optimale. Vous trouverez dans cette section les constats principaux de l'étude attentive de ces commentaires, par thème.

■ **Aisance à discuter des objectifs de soins**

La grande majorité des répondant(e)s, à 79 %, comprend son rôle lié aux objectifs de soins et 93 % d'entre eux/elles disent à l'aise pour en discuter. Peu de commentaires ont été laissés sur le sujet, sauf pour signifier le besoin de formation chez quelques un(e)s. Ils/elles précisent aussi qu'un changement de formulaire ne change pas et n'aide pas en termes d'habileté à la discussion. Certain(e)s expriment toutefois un besoin de formation additionnelle.

D'autre part, les répondant(e)s atténuent de manière notable leurs propos lorsqu'il est question de savoir si les autres professionnel(le)s de l'équipe sont outillé(e)s pour discuter des objectifs de soins. En se référant à leurs expériences, ils/elles n'hésitent pas à mentionner que les membres des équipes palliatives sont les seul(e)s habilité(e)s à bien le faire. Le commentaire le plus souvent mentionné, après la crainte par rapport à la compétence et l'incohérence des informations transmises, est que ce rôle n'est pas encore intégré par les professionnel(le)s.

La question de la formation semble centrale : sont-elles équivalentes pour tous les professionnel(le)s? Sont alors données en exemple, les notions de compréhension de la futilité, du pronostic, des pathologies et de leurs évolutions ainsi que de l'impact des interventions des différent(e)s membres de l'équipe.

■ **Formulaire papier et copie**

Une des sources de résistance au changement provient de l'utilisation des formulaires papier, considérés comme désuets. Cet aspect fait encore moins de sens alors qu'une transformation numérique est demandé de façon synchrone dans l'établissement pour un projet majeur. La question de la copie papier a entraîné des commentaires sur les aspects cléricaux de façon générale et cette réalité a fait naître chez les répondant(e)s des questionnements. C'est le cas pour l'accès, en temps réel, au formulaire le plus récent puisqu'il faut se fier, dans plusieurs milieux, à la copie papier remise à l'utilisateur(-ère). Sans compter la fluidité de l'information qui repose sur l'accès à cette copie papier. En effet, 76 % trouvent important de remettre la copie à l'utilisateur(-ère) même si certain(e)s avouent ne pas toujours le faire ou ne pas savoir qu'ils/elles devaient le faire.

■ **Aisance à discuter de la RCR non indiquée**

Bien que la plupart des professionnel(le)s se sentent à l'aise de discuter de la RCR non cliniquement indiquée (89 %), les motifs invoqués pour expliquer qu'ils/elles ne le sont pas (11 %) portent sur le fait qu'ils/elles sont des spécialistes et croient avoir une vision biaisée de ce qui est futile ou non ou pensent que la population a besoin de formation et de sensibilisation à cet égard et qu'ils/elles ne veulent pas « forcer » la décision des usager(-ère)s.

■ **Aisance à discuter du transfert hospitalier**

Pour ce qui est de discuter du transfert hospitalier, et bien qu'il soit mentionné qu'il s'agit souvent de « cas par cas », certain(e)s mentionnent que ce n'est pas applicable à leur pratique ou qu'il est difficile, encore là, de contredire ou de forcer les usager(-ère)s à changer d'idée. Plusieurs se questionnent sur la pertinence relative de cette discussion si l'utilisateur(-ère) est en CH, en CHSLD ou en RPA, avec des conditions de soins différentes.

■ **Le formulaire comme outil pour mieux préciser les volontés des usager(-ère)s**

L'évaluation du formulaire utilisé comme outil permettant de mieux préciser les volontés des usager(-ère)s semble poser problème chez plusieurs (27 % ne trouvent pas le formulaire plus aidant et 6 % n'ont pas répondu), même si certain(e)s mentionnent que le PEC est plus clair pour eux/elles.

Notons que le « C » génère, chez les professionnel(le)s, de la confusion et demande beaucoup plus d'explications car dans la version précédente des niveaux de soins, se trouvait également un « C » avec une signification différente.

De plus, il semble plus complexe, parce que moins précis, selon les répondant(e)s, de fonctionner avec 3 choix plutôt que 4. Les professionnel(le)s nous mentionnent que pour eux/elles, cela nécessite plus de discussions car il y a moins de nuances (« C » recouvrant les anciens « C » et « D » des niveaux de soins). Certain(e)s mentionnent que cela est peu compris par les usager(-ère)s. Par conséquent, la complétion du formulaire serait plus complexe pour les raisons suivantes :

- Moins de nuances;
- Manque de clarté;
- Trop long.

Nous observons que le changement de formulaire est perçu comme un élément « dérangent et exigeant » dans leur pratique. Plusieurs parlent même de « paperasserie ».

■ **Approche interdisciplinaire**

Parmi les commentaires retenus sur l'approche interdisciplinaire, et en dépit du pourcentage élevé de professionnel(le)s en accord (environ 78 %), nous avons constaté que cela ne correspond pas à ce qui est observé sur le terrain par les répondant(e)s et que certain(e)s ne savent pas quel(le)s professionnel(le)s sont concerné(e)s par cette nouvelle approche. Ils/elles soulignent l'importance de la formation en raison d'inquiétudes exprimées concernant les compétences, les contradictions et les complications que cette approche pourrait générer.

■ **Approche évolutive**

L'approche évolutive et précoce de la discussion sur les objectifs de soins ne semble pas constituer un enjeu pour la large majorité des médecins (92 %). Certain(e)s médecins considèrent que cette approche est identique à la façon qu'ils/elles avaient antérieurement d'aborder la question avec leurs patient(e)s. D'autres s'inquiètent de l'accessibilité de la bonne version du formulaire tout au long de l'épisode de soin de l'usager(-ère), entre-autres, en raison du formulaire papier. Soulignons que la possibilité de révision sans changement de formulaire est notée comme une bonne idée bien que des questions en lien avec l'accès en temps réel demeurent chez certain(e)s.

■ **Annexe**

L'annexe a été ajoutée en Phase 2 du projet pilote. 60 % des répondant(e)s comprennent l'importance de consulter l'annexe complétée par les membres de l'équipe multidisciplinaire. Néanmoins, ils/elles sont nombreux(-ses) à nous avoir fait remarquer que celle-ci est très peu utilisée. Plusieurs considèrent qu'elle n'aide pas à la fluidité du processus car il s'agit d'un autre document.

D'autres soulignent le risque d'incohérence entre les informations trouvées sur le formulaire et l'annexe et s'interrogent, comme noté précédemment, à savoir si les autres professionnel(le)s sont outillé(e)s pour participer à la discussion.



Par ailleurs, certains commentaires nous font croire en une confusion entre le formulaire et l'annexe. Des commentaires sur la disponibilité de l'annexe et son utilité en consultation sont à mentionner. Enfin, pour faciliter sa consultation, un(e) participant(e) suggère de signaler au/à la médecin ou l'IPS lorsque des commentaires sont ajoutés afin d'augmenter la consultation.

■ **Le formulaire comme outil pour faciliter la discussion avec les usager(-ère)s**

Interrogé(e)s sur le formulaire et son utilité à faciliter la discussion sur les objectifs de soins et la RCR, plusieurs nous ont laissé des commentaires négatifs à l'effet que le formulaire était plus complexe (PEC, « C » sur ancien formulaire, discussion sur le transfert), qu'il était plus confus avec ses 3 choix (plutôt que 4) et que le « E » laisse beaucoup trop de place à l'interprétation.

Les commentaires appellent à plus de formation et d'information sur ces sujets. Notons que certain(e)s répondant(e)s ont précisé que le formulaire, comme tel, ne change en rien la façon de discuter avec les usager(-ère)s des questions d'objectifs de soins alors que d'autres mentionnent que les usager(-ère)s trouvent que le PEC est plus simple et concret.

■ **Formation en ligne et autres outils mis à la disposition des professionnel(le)s**

Plusieurs répondant(e)s n'ont pas suivi la formation en ligne. L'appréciation de celle-ci demeure donc limitée.

Le principal constat, émanant des commentaires sur les outils mis à disposition, démontre une faible utilisation. Cependant, lorsqu'ils ont été utilisés, ils ont été majoritairement appréciés. Ceci est valable tant pour la foire aux questions que pour l'aide-mémoire et le dépliant destiné aux usager(-ère)s. Plusieurs mentionnent ne pas les connaître ou ne pas savoir où les trouver.

À la lumière des réponses relatives à la communication des informations, il appert que l'efficacité de celle-ci a eu une influence sur ce constat. Un(e) répondant(e) a même pris le temps de valider auprès de ses collègues l'information qui leur était parvenue.

De plus, à la lecture des commentaires, nous constatons une certaine confusion, de la part des répondant(e)s, entre les divers outils et le formulaire. Ceci a également influencé les réponses des professionnel(le)s.

■ **Communication**

Nous avons colligé des commentaires sur la communication, qu'il s'agisse des notes de service, des courriels, des communiqués, etc. Le principal commentaire est relié à la surabondance des communiqués, quelques fois redondants ou peu clairs, pas assez précis et difficilement gérables. À tel point que certain(e)s mentionnent ne pas les avoir lus ou simplement ne pas les avoir vus passer. Lorsque les médecins les ont lus, il était parfois trop tard. Un(e) répondant(e) mentionne une réunion en ligne peu utile et peu convaincante.

Les communications avec les personnes ressources ne semblent pas avoir été fréquentes. Des répondant(e)s ajoutent que certaines démarches ont été expliquées grâce à des échanges avec ces personnes, telles que celles concernant les mineurs de plus de 14 ans, la contresignature ou les paramédics.

■ **Gestion du changement**

L'arrivée des changements et les demandes d'adaptations liées à ceux-ci ont fait l'objet de plusieurs commentaires, dont la plupart ont été énoncés précédemment.

Plusieurs critiques mentionnées justifient une certaine réticence, de la part des répondant(e)s, à prendre part positivement à ce nouveau processus. Nous en nommons quelques-unes ci-dessous, de façon succincte :

- Les limites du formulaire papier en regard de la version électronique accessible dans tous les milieux;
- La forme du formulaire et son contenu perçus comme une lourdeur administrative et clinique;
- La demande de changement en situation de surcharge de travail et en contexte de plusieurs autres demandes de changements;
- Le non-sens de la contresignature exigée pour les résident(e)s;
- Les communications insatisfaisantes pour plusieurs;
- L'incompréhension du motif de la demande de changement;
- L'échéancier trop serré pour le déploiement.

*« Je constate que, depuis l'arrivée du courriel professionnel, l'information est mal communiquée. Une sensibilisation de tout le CIUSSS de l'Estrie -CHUS sur la réduction de transfert de courriel pour les seuls pertinents aiderait grandement à ne pas passer à côté des enjeux importants comme le présent sujet. »*

*« Je crois que les ressources devraient être investies dans la formation sur la manière de le faire de façon sensible et efficace plutôt que de modifier le formulaire. »*

#### ■ **Besoins de formation additionnelle**

La demande relative aux besoins de formation additionnelle pour les médecins et les IPS a donné lieu à l'expression renouvelée des limites et des frustrations concernant l'ensemble de la Phase 3 du projet pilote. Pour les répondant(e)s ayant mentionné ne pas avoir besoin de plus de formation, certain(e)s justifient leurs réponses par la satisfaction des formations offertes alors que d'autres considèrent qu'il vaut mieux ne pas perdre plus de temps dans ce projet auquel, de toute évidence, ils/elles n'adhèrent pas.

Cependant, quelques-un(e)s ont mentionné leur désir de se voir retransmettre toutes les informations pratiques concernant l'ensemble de la Phase 3, incluant les formations et les outils ainsi que leur chemin d'accès. Ceci est en cohérence avec les commentaires relatifs à la communication, l'échéancier et la surcharge.

En ce qui concerne les besoins de formation et de soutien additionnels, bien que certaines de ces suggestions aient déjà été mises en place, vous trouverez, page suivante, un récapitulatif des principaux besoins exprimés.



Tableau 2 : Synthèse des suggestions exprimées par les médecins et les IPS	
Terme général	Exemple ou précision
<b>Formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formation courte, accessible, accréditée et en ligne</li> <li>■ Formation sur les discussions complexes en situation problématique</li> <li>■ Formation plus détaillée sur le PEC (particulièrement « C » et « E »)</li> <li>■ Formation destinée à la population</li> <li>■ Formation sur la complétion du formulaire</li> </ul>
<b>Webinaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Webinaire asynchrone</li> <li>■ Soirées de formation en RLS</li> </ul>
<b>Coaching</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coaching individuel avec un(e) membre du personnel</li> </ul>
<b>Rencontre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rencontre ciblée pour un service spécifique (clientèle particulière)</li> </ul>
<b>Outils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Outils de référence en ligne</li> </ul>
<b>Planification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Laisser suffisamment de temps entre le déploiement, la formation et son intégration</li> </ul>

■ **Commentaires généraux incluant le déploiement provincial**

En plus des commentaires déjà mentionnés et dans une perspective de déploiement provincial et de pérennisation du nouveau processus d'objectifs de soins, les répondant(e)s nous ont transmis les suggestions suivantes :

- Retrait nécessaire de la forme papier pour une informatisation du processus et de ses outils;
- Dépôt des objectifs de soins dans un dossier de santé numérique facilement localisable, tel que DSQ, DME ou autre plateforme comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les DMA, par exemple;
- Création d'un registre panquébécois d'objectifs pour chaque usager(-ère) admis(e) en établissement;
- Retravailler le formulaire en prévision d'une version plus courte et plus simple;
- Disponibilité d'une personne ressource sur place;
- Communication efficace auprès des médecins en contexte de débordement de communiqués;
- Déploiement à ne pas débuter durant l'été, (vacances, mouvements de personnel et absences);
- Obligation de la contresignature pour le/la résident(e) en médecine à retirer;
- Respect des cultures locales;
- Implication des milieux d'enseignement;
- Souhait que ce nouveau processus dure plusieurs années.

Les répondant(e)s ont tenu à signaler l'importance de la formation sur les thèmes suivants :

- Différence entre consentement aux soins et formulaire;
- Compréhension des PEC;
- Emphase sur l'aspect de précocité et de 1<sup>ère</sup> ligne;
- Information à la population;
- Pour l'équipe multidisciplinaire : une formation courte, en ligne et obligatoire, etc.

Enfin, nous nous devons de souligner plusieurs commentaires négatifs concernant l'abandon du formulaire « Niveau de soins « ABCD ». Plusieurs répondant(e)s souhaiteraient revenir en arrière et poursuivre avec ce dernier. Les commentaires sont ici en lien avec la gestion du changement en contexte de surcharge, souvent mentionné, et avec l'incompréhension des motifs du changement, afin de les aider à trouver un sens dans leur pratique.

#### 5.4 SONDAGE AUPRÈS DES PROFESSIONNEL(LE)S MULTIDISCIPLINAIRES – RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

74 professionnel(le)s ont répondu au sondage : les infirmier(-ière)s clinicien(ne)s à 27 %, la catégorie « autres professionnels » à 22 % et les ergothérapeutes à 15 % furent les principaux(-ales) répondant(e)s. Bien que ces trois titres aient répondu en majorité, des réponses ont aussi été enregistrées de la part des travailleur(-euse)s sociaux(-iales), des intervenant(e)s en soins spirituels, des physiothérapeutes, des infirmier(-ière)s et des infirmier(-ière)s auxiliaires ainsi que des inhalothérapeutes. À noter que la catégorie « autres professionnel(le)s » renferme également des titres comme pharmacien, gestionnaire, infirmier (-ière) praticien(ne) spécialisé(e) en soins aux adultes (IPSSA), technologue en physiothérapie, psychoéducateur(-trice), nutritionniste, médecin et dentiste.

Les participant(e)s provenaient des 9 RLS de l'Estrie, cependant la plus grande participation a été enregistrée à Sherbrooke (50%), en Haute-Yamaska (18%) et à Coaticook (11%). Les milieux de pratique étaient plutôt partagés, mais la tête de liste revient aux unités de médecine (17%), aux unités de chirurgie (11%) et au secteur de longue durée (11%). Sur 74 participant(e)s, 66 % avaient plus de 10 ans de pratique dans leur profession respective et 25 % entre 2 et 10 ans.

À propos des principaux résultats :

##### ■ Rôles et responsabilités

59 % des participant(e)s s'accordent à dire que leur rôle et leurs responsabilités reliées aux objectifs de soins étaient clairs. Les commentaires mentionnent à cet effet que la formation a beaucoup aidé. Chez les participant(e)s en désaccord (38%), les commentaires nomment surtout le manque d'information reçue.

##### ■ Aisance à discuter

67 % affirment qu'ils/elles sont à l'aise de discuter des objectifs de soins. Des commentaires, tels que « Nous avons le même type de discussion avec le patient ou la famille avant le déploiement du nouveau formulaire » soutiennent cette aisance.

Les 25 % se déclarant mal à l'aise de discuter disent ne pas posséder les connaissances nécessaires ou encore ne pas avoir l'occasion de le faire assez fréquemment.

■ **Importance de transmettre une copie et de sensibiliser l'utilisateur(-ère) à cet effet**

68 % comprennent l'importance de remettre une copie du formulaire à l'utilisateur(-ère) et 66 % comprennent également l'importance de sensibiliser l'utilisateur(-ère) à la prise de connaissance de cette copie. En lien avec ces questions, la notion de sensibiliser la clientèle à cet effet a fait partie des commentaires reçus.

■ **Utilité de l'annexe et sa complétion**

61 % jugent l'annexe utile dans le processus de discussion et de décision d'un objectif de soins. Nous pouvons lire dans les commentaires qu'il met en lumière l'implication de tous ou toutes les professionnel(le)s dans le cheminement de l'utilisateur(-ère).

Seulement 39 % déclarent utiliser concrètement l'annexe. Nous pouvons lire dans les commentaires que plusieurs se questionnent sur le document auquel nous faisons référence. Ces commentaires expliquent d'ailleurs en grande partie la seconde portion (61 %) ayant répondu ne pas l'utiliser. Des enjeux concernant l'accessibilité du formulaire et de son annexe ainsi que sa disponibilité sur les différentes unités et les plateformes ont également été nommés. En ce sens, l'accessibilité au formulaire ainsi qu'à l'annexe par une plateforme commune a également été soulevée à plusieurs reprises dans les commentaires.

■ **Compréhension du processus**

73 % affirment qu'ils comprennent l'importance du processus précoce, 74 % l'importance du processus interdisciplinaire et 74 % l'importance du processus évolutif. Nous pouvons par contre lire que certain(e)s ne se sentent pas concerné(e)s par le processus et pensent que c'est une tâche réservée au corps médical et que la collaboration avec les médecins peut être limitée.

■ **Échange avec les collègues**

56 % se sentent suffisamment outillé(e)s pour échanger avec leurs collègues médecins et IPS sur les objectifs de soins d'un(e) utilisateur(-ère). Les commentaires proposent de former les apprenant(e)s collégiaux(-iales) et universitaires afin d'augmenter leur confort.

■ **Nouveau vocabulaire**

45 % estiment que le nouveau vocabulaire – prolongation, équilibre et confort – facilite leur discussion avec les utilisateur(-ère)s et leurs proches. La portion des répondant(e)s en désaccord ou s'abstenant de répondre mentionne dans ses commentaires ne pas connaître les nouveaux termes ou ne pas avoir reçu d'information sur le sujet.

Il a été nommé également que le « E » pour équilibre est perçu comme vague et nécessite l'ajout de beaucoup d'informations. Le risque de confusion entre le « C » du niveau d'intensité thérapeutique (NIT) et le « C » pour confort a aussi été soulevé.

La proposition de remplacer la lettre « C » de l'objectif confort par la lettre « K » ou la lettre « F » a été mentionnée afin d'éviter la confusion entre le « C » du NIT antérieur et le « C » du nouveau terme confort.

■ **Formation**

44 % affirment qu'ils/elles ont trouvé utile la formation offerte en ligne – La clef pour accompagner la formulation d'un objectif de soins : un processus précoce, évolutif et interdisciplinaire – tandis que 12 % ne sont pas d'accord.

À noter que la portion restante (45 %) ne l'avait pas suivie et qu'ils/elles déclarent dans leurs commentaires ne pas avoir eu de directives de la part de leurs supérieur(e)s pour la suivre ou encore ne pas connaître son existence.

En ce qui concerne les suggestions, après le visionnement de la formation, des exemples concrets de mises en situation diverses ainsi que la possibilité de développer des capsules du genre « Le saviez-vous? » sont souhaités.

Une simulation concrète d'une discussion entre professionnel(le)s et usager(-ère)s a également fait partie des suggestions reçues.

En ce qui concerne les suggestions concernant le déploiement provincial ultérieur, un des commentaires concernait les rappels à effectuer aux équipes concernant le visionnement de la formation.

■ **Communications, échanges et outils**

66 % des répondant(e)s déclarent ne pas avoir lu les communications transmises. Nous pouvons lire dans les commentaires que la quantité de communications, quel que soit le mode de transmission, est élevée et que la priorisation est difficile. Le contact humain a été mis de l'avant dans les commentaires comme proposition à retenir, préférablement aux notes de services usuelles, pour annoncer le déploiement à venir.

69 % disent ne pas avoir consulté la FAQ disponible en ligne. Les commentaires font état d'un manque de temps et de sa non-visibilité.

21 % affirment avoir eu des échanges bénéfiques avec les personnes-ressources et 66 % disent ne pas les avoir contactées.

27 % se prononcent positivement sur l'utilité de l'aide-mémoire et 65 % disent ne pas l'avoir consulté. Les commentaires soulignent la non-disponibilité du document dans leur secteur.

23 % se prononcent en faveur de l'utilité du dépliant et 66 % disent ne pas l'avoir utilisé. À la lecture des commentaires, plusieurs mentionnent ne pas avoir eu accès au document ou ignorer son existence.

Vous trouvez les résultats plus détaillés de ce sondage à l'annexe 18 : intégration phase 3.

## 5.5 PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE EFFECTUÉ AUPRÈS DES PORTEUR(-EUSE)S

Dans le cadre du déploiement des objectifs de soins à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un sondage a été réalisé auprès des porteur(-euse)s de Directions cliniques et des membres du comité d'implantation. Cette démarche visait à recueillir leur perception des enjeux, des défis, des réussites et de la pertinence des outils cliniques et des communications déployés pendant la Phase 3.

Sur les 23 membres du comité, incluant 20 porteur(-euse)s des Directions cliniques et 3 médecins ressources, 11 ont répondu au sondage. Les sections suivantes présentent les principaux résultats issus de l'analyse des données recueillies.

### **5.5.1 Répartition des porteur(-euse)s selon leur titre d'emploi**

Selon les résultats du sondage, 11 porteur(-euse)s ont répondu au questionnaire. Leur répartition par poste est la suivante :

- 3 chefs de service;
- 3 médecins;
- 2 gestionnaires responsables;
- 2 coordonnateur(-trice)s;
- 1 chef(fe) de service en réadaptation.

### **5.5.2 Répartition des répondant(e)s selon leur RLS**

Les résultats indiquent que 24 porteur(-euse)s ont répondu à cette question avec une forte représentation du RLS de Sherbrooke. Leur répartition par RLS est la suivante :

- 10 Sherbrooke;
- 3 Memphrémagog;
- 2 Val des Sources;
- 3 Granit;
- 4 Haute-Yamaska;
- 2 La Pommeraie;
- 1 Coaticook;
- 1 Haut-Saint-François;
- 1 Val-Saint-François.

### **5.5.3 Répartition des répondant(e)s selon leur direction d'appartenance**

Cette donnée permet d'établir un portrait global de la participation selon les différentes Directions cliniques et administratives. Au total, 11 porteur(-euse)s ont répondu à cette question, avec la répartition suivante :

- 2 DFUH;
- 2 DSMSSS;
- 2 DHSLD;
- 1 DSSCC (Direction des services spécialisés, de chirurgie et de cancérologie);
- 1 DSI;
- 1 DSG (Direction des services généraux);
- 2 DMSP.

### **5.5.4 Répartition des répondant(e)s selon leur secteur d'activité**

11 porteur(-euse)s ont répondu à cette question, certains couvrant plusieurs secteurs. La répartition des répondant(e)s est la suivante :

- 1 Soins intensifs;
- 1 Unité de chirurgie;
- 1 Soins palliatifs;
- 2 Secteur de longue durée;

- 1 MDAA;
- 1 GMF;
- 3 Cliniques spécialisées (douleur, maladies chroniques, GMF-IPS);
- 5 Catégorie « autre » (professionnel(le)s sur les unités de soins, unité de soins aigus, santé physique adulte, etc.)

#### ***5.5.5 Rôles des porteur(-euse)s pour soutenir le changement de pratique en lien avec le déploiement des objectifs de soins***

À la question portant sur la clarté de leur rôle et de leurs responsabilités dans le cadre du changement de pratique entourant les objectifs de soins, les 11 porteur(-euse)s ont tous répondu. Une grande majorité de 90 % estime que son rôle est clair, ce qui témoigne d'une compréhension globale de l'implication des porteur(-euse)s dans ce processus.

Toutefois, une personne (1 %) a exprimé une incertitude à ce sujet. Elle mentionne l'absence d'une approche coordonnée pour rejoindre les médecins à l'échelle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, une diffusion variable des mémos et une certaine confusion quant à la finalité de la transition.

#### ***5.5.6 Initiatives des porteur(-euse)s pour soutenir le changement de pratique lors du déploiement des objectifs de soins***

11 porteur(-euse)s ont partagé les principales actions qu'ils/elles ont mis en place pour mobiliser leur secteur autour du changement de pratique lié au déploiement des objectifs de soins.

Ces actions couvrent plusieurs types d'interventions, allant de la communication à la formation, en passant par la coordination et le suivi.

Afin d'illustrer la diversité des stratégies adoptées pour soutenir et accompagner ce changement, certaines initiatives sont synthétisées dans le tableau, page suivante.

Tableau 3 : Liste des initiatives des porteur(-euse)s réparties par termes et actions Phase 3 : Déploiement au CIUSSS de l'Estrée – CHUS	
Types d'action	Exemples d'actions menées
<b>Communication et partage</b>	Courriels d'information, partage lors des rencontres de direction et groupes de discussion, diffusion de documents, sondages
<b>Formation</b>	Formations obligatoires (ENA), déploiement de formations, intégration au plan d'orientation, invitations à des webinaires
<b>Rencontres et échanges</b>	Rencontres locales, réunions d'échange, discussions informelles avec collègues, caucus de direction
<b>Codéveloppement et collaboration</b>	Travail en sous-groupes et collaboration entre équipes et services
<b>Suivi et soutien</b>	Mise en place de veille pour assurer la complétion des formulaires, suivi en réunions statutaires, représentation en comité
<b>Promotion des outils</b>	Promotion des outils liés aux objectifs de soins, diffusion des supports pédagogiques

Les réponses des porteur(-euse)s révèlent une mobilisation variée et complémentaire, combinant communication, formation, échanges et suivi pour accompagner efficacement le déploiement des objectifs de soins.

Ces initiatives témoignent d'un engagement important visant à soutenir les équipes dans ce changement de pratique, malgré certaines contraintes organisationnelles. Cette diversité d'approches constitue un atout pour favoriser l'appropriation et la réussite du projet.

#### 5.5.7 *Retrait de l'ancien formulaire NIM et réactions des équipes*

La majorité des porteur(-euse)s (6 %) confirment que l'ancien formulaire NIM n'est plus disponible pour discussion et complétion dans leur secteur, tandis que 36 % disent le contraire.

Comme le soulignent certain(e)s porteur(-euse)s, « bien que le formulaire ait été déplacé, certaines unités de soins gardent encore des versions anciennes et, parfois, lorsqu'un formulaire ancien apparaît dans un dossier, c'est parce que le médecin l'a imprimé et utilisé ».

7 porteur(-euse)s sur 11 (64 %) ont partagé les réactions observées au sein des équipes après le retrait de l'ancien formulaire NIM. Ces retours témoignent d'une majorité d'acceptation, tout en faisant ressortir certains questionnements et des appréhensions liés aux changements en cours.



Voici quelques éléments qui résument les réactions des équipes cliniques face au retrait du formulaire NIM :

- Les réactions des équipes cliniques face au retrait de l'ancien formulaire NIM ont été variées, reflétant des niveaux d'adhésion et d'adaptation différents selon les milieux. Dans l'ensemble, le changement a été bien accueilli, plusieurs professionnel(le)s soulignant la simplicité du nouveau formulaire et l'absence de réactions négatives marquées. Toutefois, certains ont exprimé des questionnements, notamment sur la nécessité de remplacer l'ancien outil, témoignant d'un besoin de clarification sur les fondements du changement.
- Dans certains secteurs, les réactions ont été neutres, voire indifférentes, particulièrement là où la participation directe des infirmier(-ière)s au processus était limitée. À l'inverse, d'autres équipes ont exprimé une certaine appréhension, principalement en lien avec la multiplication des changements récents dans les pratiques cliniques. Ces réactions traduisent à la fois un besoin d'accompagnement plus soutenu et l'importance de bien arrimer le nouveau formulaire aux réalités du terrain.
- Dans l'ensemble, le retrait de l'ancien formulaire NIM semble être accepté sans grande résistance, même si certaines inquiétudes persistent concernant la multiplicité des changements en cours. Ces retours soulignent l'importance d'accompagner les équipes avec clarté et soutien lors des transitions.

#### **5.5.8 Disponibilité du nouveau formulaire « objectifs de soins » et de son annexe dans les secteurs**

La majorité des porteur(-euse)s (91 %) indiquent que le nouveau formulaire « Objectifs de soins » et son annexe sont disponibles dans leur secteur, que ce soit en version papier, dans le pigeonier ou dans le dossier médical électronique (DME). Cependant, 9 % signalent que ce n'est pas encore le cas, précisant que certain(e)s professionnel(le)s continuent d'utiliser les anciens formulaires toujours présents dans certaines unités de soins.

#### **5.5.9 Sentiment d'être outillé(e) pour soutenir le changement de pratique autour des objectifs de soins**

La majorité des porteur(-euse)s (82 %) se sentent bien outillé(e)s pour accompagner leur équipe dans ce changement de pratique, tandis que 18 % expriment un certain manque de ressources ou de soutien.

Les justifications fournies par les porteur(-euse)s du projet illustrent à la fois les appuis disponibles et les défis rencontrés dans le soutien au changement de pratique :

- Plusieurs ont trouvé aidant la qualité des formations et des documents disponibles, par exemple « *Connaissance du contenu, formation ENA suivie, consultation de la section Intranet, documents et formations accessibles* ».
- Leur implication dans le projet et le soutien reçu ont aussi été soulignés, par exemple « *Participation au comité, utilisation précoce du formulaire, échanges avec les coachs, offre de webinaires adapté* ».
- D'autres ont mis l'accent sur l'accès à des ressources et des référent(e)s : « *Capacité à répondre aux questions ou à orienter vers des personnes ressources, accès à un forum questions-réponses sur Intranet* ».



- Enfin, certain(e)s ont rapporté des *difficultés*, telles que « *Absence de forums adaptés, transition vers la documentation électronique prenant plus de temps, rôle non opérationnel limitant l'action directe* ».

Nous comprenons que la plupart des porteur(-euse)s ont bénéficié de formations et d'outils suffisants pour soutenir leurs équipes dans cette transition. Toutefois, certain(e)s font face à des limites liées à l'organisation ou à la complexité des changements, ce qui souligne l'importance de renforcer les ressources et les supports adaptés.

#### 5.5.10 *Utilité perçue des communications transmises*

Tous les porteur(-euse)s ont répondu à l'affirmation « Les communications transmises (notes de service, courriels, etc.) m'ont été utiles ». Une grande majorité (91 %) a répondu par l'affirmative, indiquant que ces outils d'information leur ont apporté un soutien pertinent dans le cadre du déploiement des objectifs de soins. Un(e) porteur(-euse) (9 %) a toutefois exprimé des réserves à ce sujet.

Plusieurs porteur(-euse)s ont souligné la clarté et l'accessibilité des communications :

- L'un(e) mentionne que « *Les documents sont complets et accessibles, avec les liens déjà présents, ce qui facilite leur utilisation.* » Un(e) autre ajoute « *J'ai pu à mon tour les transmettre à mes équipes.* ». Ces messages ont aussi permis, selon un(e) porteur(-euse), de « *Clarifier les prochaines étapes et les actions à poser* ».
- Cependant, quelques nuances ont été soulevées. L'un(e) des répondant(e)s note à propos de la diffusion : « *Les informations sont claires, MAIS elles sont souvent associées à de multiples autres informations, ce qui les rend parfois difficiles à retracer* ». Un(e) autre mentionne que « *Les notes de service sont le principal outil de communication pour les professionnel(le)s, mais l'accent mis dans les messages n'est pas toujours adapté aux médecins. Le contenu met davantage l'emphasis sur le formulaire que sur la démarche clinique et les discussions régulières autour des objectifs de soins* ».
- Enfin, certain(e)s porteur(-euse)s ont mentionné des limites, comme « *il y a eu confusion à certains moments, notamment sur quoi faire avec le formulaire une fois rempli* » ou encore « *Pas énormément* » en réponse à l'utilité perçue.

De manière générale, les communications ont été perçues comme utiles par la majorité des porteur(-euse)s. Toutefois, leur efficacité pourrait être bonifiée par une meilleure clarté, une structuration plus adaptée et un contenu davantage ciblé selon les différents groupes de professionnel(le)s.

#### 5.5.11 *Utilité des communications et échanges avec l'équipe projet*

Les 11 porteur(-euse)s ayant répondu à la question s'accordent à 100 % pour dire que les communications et les échanges avec l'équipe projet leur ont été utiles. Ces interactions ont permis de clarifier certains aspects du déploiement, de partager des expériences et d'obtenir des réponses concrètes à leurs besoins.

Pour plusieurs, la participation aux comités a été particulièrement bénéfique. Une personne souligne que « *Le déploiement était très loin d'être clair dans nos comités, donc le fait d'être présente m'a permis de poser plus de questions* ». D'autres ont apprécié le « *Partage des expériences respectives* », les « *Réponses claires et rapides* » ainsi que « *Beaucoup d'informations et d'explications pertinentes* ».

Un(e) porteur(-euse) mentionne : « Ça m'a familiarisé avec le formulaire », tandis qu'un(e) autre précise que les échanges « Donnaient d'autres points de vue » et permettaient « De voir des précisions » utiles pour la suite du projet.

Dans l'ensemble, ces échanges ont contribué à renforcer la compréhension du projet et à soutenir l'implication active des porteur(-euse)s dans leur rôle de relais auprès des équipes.

#### 5.5.12 *Appréciation des outils de soutien - FAQ, aide-mémoire et dépliant*

Plusieurs outils de soutien mis à la disposition des porteur(-euse)s, notamment la foire aux questions (FAQ), l'aide-mémoire et le dépliant destiné aux usager(-ère)s. Ces évaluations permettent de mieux comprendre l'efficacité de ces ressources dans l'accompagnement du changement et d'identifier les pistes d'amélioration pour renforcer leur impact auprès des professionnel(le)s et des usager(-ère)s.

Les résultats liés à l'évaluation des outils de soutien révèlent les divers aspects suivants :

- Les FAQ ont été jugées utiles par une majorité des porteur(-euse)s du projet, avec un taux d'appréciation de 73 %. Toutefois, 27 % des répondant(e)s ont indiqué ne pas les avoir trouvées utiles, ce qui suggère que leur contenu ou leur accessibilité pourrait être optimisé pour mieux répondre aux besoins de l'ensemble des utilisateur(-trice)s.
- En ce qui concerne l'aide-mémoire, les porteur(-euse)s ont globalement reconnu sa pertinence avec 91 % de réponses favorables. Plusieurs mentionnent qu'il a bien rempli son rôle, comme le souligne un(e) porteur(-euse) : « *Il a fait son rôle d'aide-mémoire pour les équipes* ».
- Un(e) autre insiste sur son accessibilité : « *Rapide et efficace, clair et en format synthèse* ». Certain(e)s soulignent également son utilité pour « *Soutenir les équipes* » et le fait de l'avoir « *Rendu disponible aux équipes* ». Toutefois, un(e) porteur(-euse) admet ne pas l'avoir vu.
- Le dépliant destiné aux usager(-ère)s et à leurs proches a recueilli des avis plus partagés : 55 % des porteur(-euse)s l'ont jugé utile, alors que 45 % ne l'ont pas utilisé ou ne l'ont pas vu. Parmi les commentaires positifs, un(e) porteur(-euse) le décrit comme « *Un document pertinent pour faire évoluer le public à ce sujet* », tandis qu'un(e) autre le qualifie de « *Bel outil pour informer les usager(-ère)s et leurs proches* ». Certain(e)s ont mentionné son usage lors de l'admission des résident(e)s ou qu'il « *Permettait aux patient(e)s et à leurs proches de mieux comprendre les attentes des équipes médicales* ». D'autres, en revanche, ont simplement indiqué : « *Je ne l'ai pas utilisé* » ou « *Pas vu* ».

Ces résultats montrent que l'aide-mémoire est largement apprécié pour sa clarté et sa fonction de soutien auprès des équipes. En revanche, le dépliant destiné aux usager(-ère)s suscite des réactions plus partagées, ce qui suggère la nécessité d'en renforcer la diffusion et l'intégration dans les milieux cliniques afin d'optimiser son usage et sa portée.

#### 5.5.13 *Enjeux rencontrés dans le cadre du déploiement des objectifs de soins*

Les 11 porteur(-euse)s ont partagé les principaux enjeux vécus ou perçus dans leur secteur en lien avec la mise en œuvre des objectifs de soins.

Leurs réponses mettent en lumière une variété de défis, notamment liés au rythme du déploiement, à l'organisation du travail, à la mobilisation des équipes, ainsi qu'à des aspects techniques et communicationnels.

Le tableau ci-dessous regroupe ces enjeux selon des thèmes récurrents, illustrés par des exemples concrets issus de leurs témoignages.

Tableau 4 : Principaux enjeux perçus lors du déploiement des objectifs de soins au CIUSSS de l'Estrie – CHUS	
Thèmes	Exemples cités
Rythme et calendrier du déploiement	« Le <i>timing</i> du déploiement n'est pas optimal », « Déploiement rapide », « Délai très court », « Enjeu des délais courts pour déployer la formation »
Disponibilité et mobilisation du personnel	« Le personnel est moins disponible et ouvert au changement », « Trop d'efforts mis du côté <i>nursing</i> », « Manque de moyens pour rejoindre les médecins »
Accès aux outils et documents	« Formulaires non disponibles initialement », « L'accès aux documents pour les autres CH-CLSC est difficile », « Accès au formulaire rempli pas toujours rapide »
Enjeux technologiques	« Logiciel GUSTAV dans les MDAA », « En processus de changement pour l'informatisation des notes »
Communication et compréhension du changement	« Certains professionnels rapportent qu'ils n'ont jamais entendu parler du formulaire », « Beaucoup de questionnements et de résistance », « Les trois termes ne sont pas aidants selon plusieurs »

Les réponses recueillies montrent que, bien que la pertinence du changement ne soit pas remise en question, sa mise en œuvre s'est heurtée à divers obstacles, notamment logistiques, humains et communicationnels. Ces constats soulignent l'importance d'un accompagnement adapté, d'un déploiement progressif et d'un accès simplifié aux outils pour faciliter l'adhésion des équipes et assurer la pérennité de cette démarche.

#### 5.5.14 Bons coups dans l'implantation des objectifs de soins

Au cours de la Phase 3, 11 porteur(-euse)s du projet ont partagé leurs « bons coups », soit des actions concrètes ayant favorisé la mise en œuvre du formulaire révisé des objectifs de soins au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De manière générale, ces retours mettent en évidence l'importance de la mobilisation des équipes, de la communication et de l'approche interprofessionnelle. L'engagement des professionnel(le)s, la reconnaissance de leur autonomie et l'intégration des différent(e)s acteur(-trice)s constituent des leviers essentiels pour assurer la réussite et la pérennité du processus.

- **Engagement des professionnels :** Un des exemples d'engagement fut la participation des équipes cliniques à la formation, confirmant leur volonté d'appropriation du processus.

- **Autonomie** : La reconnaissance de l'autonomie professionnelle fut nommée comme élément favorisant un climat de respect, de confiance et de responsabilité parmi les intervenant(e)s, renforçant ainsi leur motivation à s'impliquer dans la démarche.
- **Communication et partage d'informations** : Selon les porteur(-euse)s du projet, le transfert rapide des informations et la diffusion immédiate des nouveaux formulaires ont grandement facilité la transition, permettant aux équipes de s'adapter rapidement aux nouvelles pratiques. Comme l'a souligné l'un(e) d'entre eux/elles : « *La diffusion directe des formulaires sur les unités a soutenu la mise en œuvre* ». Par ailleurs, le comité d'implantation a joué un rôle clé en servant de lieu d'échanges, tant pour diffuser l'information que pour recueillir les commentaires des équipes. Ces rétroactions, partagées notamment lors des caucus, ont pu être intégrées sans délai afin d'ajuster les pratiques « *Les retours des équipes, partagés lors des caucus, ont été intégrés rapidement au processus* ».
- **Collaboration interprofessionnelle** : L'intégration des autres professionnel(le)s observée par les porteur(-euse)s du projet, notamment les intervenant(e)s en soins spirituels, a permis d'enrichir la complémentarité des approches et de mieux répondre aux besoins globaux des usager(-ère)s. « *La participation interdisciplinaire a renforcé la pertinence des discussions* ».

#### 5.5.15 Besoins de formation supplémentaires pour l'appropriation des objectifs de soins

Les porteur(-euse)s du projet estiment que, globalement, les formations actuelles sont suffisantes. Cependant, quelques besoins spécifiques sont évoqués. Certain(e)s soulignent qu'un « Leadership au niveau médical est requis », tandis que d'autres précisent que « Les équipes médicales doivent être formées, sensibilisées, et invitées à remplir le formulaire et à discuter avec l'utilisateur(-ère) ».

Pour les médecins et les IPS, la documentation est jugée « Adéquate et suffisante », mais des ateliers pratiques (simulés) pour les autres professionnel(le)s seraient utiles pour acquérir de l'expérience, surtout sur le vocabulaire à utiliser.

D'autres mentionnent qu'il serait nécessaire que « L'implantation de l'initiative ait plus de temps » pour en saisir pleinement la valeur.

Enfin, des clarifications sont demandées sur « Pourquoi le changement » afin de lever les réticences de certain(e)s, et un « Potentiel rappel aux médecins » pourrait être envisagé afin de maintenir leur engagement.

#### 5.5.16 Actions à mettre en place pour pérenniser le changement de pratique

Pour assurer la pérennité du changement de pratique, les porteur(-euse)s ont énuméré plusieurs actions qui doivent être mises en place de manière coordonnée afin de renforcer l'engagement des équipes, garantir une formation continue adaptée et soutenir l'appropriation des nouveaux outils par tous les professionnel(le)s impliqué(e)s.

Voici les principales actions qui ont été nommées :

- **Renforcer le leadership médical et interdisciplinaire**

Les porteur(-euse)s parlent du leadership sur deux axes : le médical et l'interdisciplinaire. Ils/elles nomment la nécessité de renforcer les deux axes de leadership. Cela inclut des initiatives de suivi et d'accompagnement pour encourager les leaders à s'engager pleinement.

- **Sensibiliser et former les équipes**

Un autre aspect essentiel pour la pérennisation du changement est la formation continue des équipes soignantes, en particulier des médecins. L'objectif est de s'assurer qu'ils/elles maîtrisent bien les outils et les processus associés aux objectifs de soins.

- **Proposer des ateliers pratiques et simulés**

Pour soutenir l'apprentissage et la mise en pratique des nouvelles approches, des ateliers pratiques simulés sont recommandés, surtout pour les professionnel(le)s autres que les médecins. Ces ateliers permettraient de renforcer les compétences pratiques et de familiariser les équipes avec le vocabulaire et les situations réelles. Comme l'indique un(e) porteur(-euse) : « *Je me répète : proposer des ateliers pratiques simulés pour les autres professionnel(le)s* ».

- **Maintenir un soutien continu et des personnes ressources**

Le maintien de personnes ressources dédiées à la formation et à l'accompagnement des équipes est fondamental pour répondre aux questions et assurer une bonne gestion des changements. Cela pourrait être renforcé par des échanges réguliers et des discussions de cas en co développement, favorisant l'échange d'expériences et d'idées. Un(e) porteur(-euse) mentionne également : « *Maintien de personnes ressources, partage et campagne récursive annuelle* », pour encourager l'engagement à long terme.

- **Mettre en place des outils numériques adaptés**

Les systèmes de gestion des dossiers médicaux électroniques (DME) faciliteraient grandement la gestion des informations relatives aux objectifs de soins.

La création d'une version électronique du formulaire de soins pourrait répondre à cette nécessité. Un exemple cité est : « *Création de version électronique adaptée aux besoins DME* ».

- **Réaliser des audits et un suivi régulier**

Un suivi par la Direction est essentiel pour vérifier l'adhésion aux objectifs de soins. La réalisation régulière d'audits dans les différents secteurs permettrait de détecter rapidement les points de friction et d'ajuster les pratiques, si nécessaire. Certain(e)s porteur(-euse)s recommandent aussi un suivi plus poussé par la Direction pour garantir la continuité du changement.

- **Laisser du temps pour l'adaptation et l'acceptation**

Parfois, il est important de laisser le temps faire son œuvre, ce qui permet aux équipes de s'approprier les changements à leur rythme. Cependant, il est crucial de garder des agent(e)s de changement motivé(e)s et vigilant(e)s pour maintenir l'élan. Comme l'indique un(e) porteur(-euse) : « *Rien de plus mais laisser le temps faire son œuvre mais en conservant des agents de changement motivés et vigilants* ».

- **Organiser des rappels annuels**

Enfin, pour maintenir l'engagement et l'implication de tous les acteur(-trice)s, un rappel annuel est nécessaire. Cela permettrait de réaffirmer l'importance des objectifs de soins et de rappeler les bonnes pratiques. Un(e) porteur(-euse) suggère simplement : « *Rappel annuel* ».

En somme, les porteur(-euse)s insistent sur l'importance d'un *leadership* solide, d'une formation continue, de la mise en place d'outils numériques adaptés et d'un suivi régulier pour garantir l'intégration durable des objectifs de soins.

Ces actions, combinées à un soutien constant et des rappels annuels, permettront de maintenir l'engagement des équipes et d'assurer le succès à long terme du changement de pratique.

#### **5.5.17 Suggestions pour l'implantation des objectifs de soins au niveau provincial**

Les porteur(-euse)s du projet ont formulé plusieurs recommandations pour garantir le succès de l'implantation des objectifs de soins au niveau provincial. Ces recommandations couvrent des aspects variés, allant des formations à la gestion des outils informatisés, en passant par la diffusion des informations et l'amélioration de l'accessibilité aux formulaires.

Pour assurer un déploiement réussi des objectifs de soins à l'échelle provinciale, les porteur(-euse)s soulignent la nécessité d'une approche coordonnée, incluant des formations adéquates, un meilleur encadrement des outils informatisés et une accessibilité optimisée aux formulaires. En valorisant ces actions et en prenant en compte les retours des équipes, l'implantation sera plus fluide et plus efficace, garantissant ainsi l'adhésion des professionnel(le)s de la santé et l'amélioration des soins.

Vous trouverez des actions proposées et des exemples concrets de mise en œuvre par les porteur(-euse)s, à l'annexe 19.

En conclusion, dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence une participation soutenue et un réel intérêt des professionnel(le)s envers le projet, tout en révélant plusieurs défis à surmonter. Si les formations et les outils ont été globalement appréciés pour leur pertinence et leur utilité, des limites persistent quant à leur diffusion, leur accessibilité et leur appropriation par l'ensemble des acteur(-trice)s concerné(e)s. Les commentaires recueillis soulignent par ailleurs des enjeux liés au rythme du déploiement, à la gestion du changement et à la clarté des communications.

Ces constats traduisent à la fois un engagement marqué des porteur(-euses) et une volonté collective de soutenir la mise en œuvre des objectifs de soins, notamment à travers des initiatives variées de communication, de formation et de collaboration interdisciplinaire.

Toutefois, ils/elles rappellent aussi la nécessité d'un accompagnement renforcé, d'une meilleure structuration des messages transmis et d'un leadership médical fort afin de consolider l'adhésion des équipes.

Ainsi, les résultats obtenus constituent une base pour ajuster les stratégies de soutien, assurer une appropriation durable des outils, orienter la pérennisation du projet au niveau local et préparer dans de meilleures conditions les prochaines étapes du déploiement à l'échelle provinciale.

## **6 PRINCIPAUX CONSTATS**

---

Vous trouvez, dans cette section, les principaux constats pour l'ensemble de la Phase 3 du projet pilote. La plupart des constats des phases précédentes s'y retrouvent. Ils résultent d'un travail d'analyse de l'ensemble des commentaires en lien avec les données statistiques. Des croisements ont été faits entre les commentaires des divers éléments sondés afin d'en dégager une compréhension plus juste. Les points de vue les plus fréquents sont présentés comme constats principaux.



Ces constats ont été regroupés sous trois thèmes : la gouvernance, les formations et l'adhésion au processus « objectifs de soins ». Ce regroupement nous permet d'aborder plus simplement les principaux enjeux qui se sont dégagés à l'issue du projet pilote.

Vous trouverez la synthèse de ces constats dans le tableau de l'annexe 20

## 6.1 GOUVERNANCE

- Cette étape du projet pilote impliquait la nécessité de déployer le processus de discussion dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et de rejoindre les acteur(-trice)s clés impliqué(e)s dans la mise en place de ce déploiement dans chacun des lieux de pratique et pour chaque secteur de pratique. L'équipe projet étant constituée de 3 professionnel(le)s, cela ne permettait pas une présence et une disponibilité des membres de l'équipe pour du soutien et du mentorat dans tous les secteurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. La gouvernance fut donc adaptée, tel que mentionné précédemment (voir comité d'implantation). De plus, le besoin de soutien sur le terrain comme outil de changement et de pérennisation fut souvent cité.
- La réalité d'un échéancier serré nous a semblé contreproductif en ce qui a trait au volet communication et pour le délai d'intégration des formations, des rôles et des responsabilités des professionnel(le)s. Par ailleurs, la période estivale et le contexte de multiples changements synchrones au CIUSSS de l'Estrie - CHUS sont des éléments organisationnels non favorables de même que le contexte de surcharge de travail mentionné par les médecins.
- Le projet pilote porté par les Directions cliniques n'a pas fait l'objet d'une priorisation dans plusieurs de ces aspects. Nous croyons que c'est ce qui a généré des délais et une certaine confusion sur ce qui était attendu et qui devait être priorisé par les professionnel(le)s, en contexte d'implantation d'un projet informatique majeur.
- La communication, centrale à tous les projets et travaux d'équipes, nécessite qu'on s'y attarde afin de rejoindre plus efficacement les professionnel(le)s concerné(e)s par le sujet. Particulièrement du côté médical, les moyens de communication et surtout la quantité d'informations qui leur est transmise chaque semaine n'a pas permis d'attirer suffisamment leur attention sur le projet. Les médecins considèrent qu'ils sont des professionnel(le)s directement concerné(e)s par les objectifs de soins. La difficulté à les rejoindre pourrait être interprétée comme un manque de considération, ce qui ne serait pas fait pour soutenir leur engagement à compléter des formulaires ou à suivre la formation.

## 6.2 FORMATIONS

### ■ Annexe et multidisciplinarité

La participation des professionnel(le)s des équipes multidisciplinaires est encouragée et encadrée dans le nouveau processus de discussion sur les objectifs de soins.

L'annexe sert à colliger les informations pertinentes recueillies par ces professionnel(le)s.



Il s'agit là d'un changement de pratique à considérer : Les professionnel(le)s autres que les médecins, résidents, IPS et CIPS doivent intégrer ce nouveau rôle et les responsabilités qu'il comporte et les médecins doivent intégrer cette tâche nouvelle de consulter et parapher l'annexe à leur pratique existante.

Plusieurs médecins ne perçoivent pas cette nouvelle pratique comme un moyen d'alléger leur charge de travail. Certaines préoccupations ont émergé du côté médical concernant la fluidité et la cohérence des informations transmises et recueillies par l'ensemble des professionnel(le)s. Par exemple, comment assurer aux médecins et aux IPS qu'ils/elles ont intégré en temps réel des ajouts (inscrits sur l'annexe) qu'ils doivent inscrire ou considérer pour compléter le formulaire? La proposition actuelle est de lire et parapher systématiquement l'annexe. On questionne ici le réalisme de la pratique.

- **Identification des clientèles**

Le guide de l'INESSS et le nouveau formulaire définissent bien les types de clientèles concernées par la question de la discussion sur les objectifs de soins. Elles sont multiples et variables. De plus, elles devraient être interpellées précocement dans leur trajectoire de la maladie. Plusieurs associent encore la discussion sur les objectifs de soins au parcours de soins de fin de vie. Pour ces raisons, certain(e)s ont suggéré de mettre plus en évidence, sur le formulaire, la question de la précocité.

- **Expression du besoin de formation**

Dans le tourbillon des transformations demandées aux clinicien(ne)s du réseau, la formation constitue un soutien fort et bénéfique à l'engagement des professionnel(le)s et à la réduction de l'épuisement et de l'absentéisme. À travers les commentaires formulés, plusieurs traitent de la formation et du temps pour l'intégration ainsi que de son accessibilité. Certains médecins vont jusqu'à demander qu'elle soit obligatoire et accréditée. Ce sont, à notre avis, la validation du besoin professionnel et humain de leur part pour une pratique de qualité incluant les bonnes pratiques, la cohérence et le respect des souhaits des usager(-ère)s, avec des conditions gagnantes pour la suite.

C'est aussi, pour plusieurs, la confirmation qu'ils/elles n'ont pas eu le temps de suivre la formation.

## **6.3 ADHÉSION AU PROCESSUS « OBJECTIFS DE SOINS »**

- **Informatisation**

La transformation nécessaire vers l'informatisation des dossiers et de divers autres aspects de la pratique est une réalité. Au CIUSSS de l'Estrie- CHUS, un projet informatique majeur et priorisé lors du projet pilote « Objectifs de soins » a nécessité la mobilisation de beaucoup de ressources. Ce sont des ressources et du temps qui ne pouvaient être dédiés au déploiement. Cela doit être considéré pour un futur déploiement. Paradoxalement, l'importance apportée à l'informatisation et l'arrivée d'un projet pilote utilisant des formulaires papier et mettant de l'avant des lacunes comme l'incapacité à avoir accès en temps réel et dans tous les milieux de soins aux objectifs de soins d'un(e) usager(-ère) générerait des non-sens et des questionnements. Ajoutons que l'accès limité aux formulaires et aux outils papier ou informatiques constituait aussi un enjeu organisationnel (lieux et moyens d'accès).

- **Non-RCR**

Consécutivement à la participation multidisciplinaire à la discussion, la question de la non-RCR lors de situation clinique particulière, par exemple en regard des traitements dits futiles ou potentiellement non bénéfiques, suscite des questions chez les médecins. Alors que les professionnel(le)s multidisciplinaires semblent à l'aise de discuter de la non-RCR, certains médecins soulèvent la question de la connaissance et de la compétence à juger de sa futilité. Ils/elles anticipent de potentiels enjeux éthiques à cet égard, s'il y a discordance dans l'évaluation et la discussion.

- **Contresignature des résident(e)s**

Avec le nouveau formulaire, et bien qu'antérieurement la contresignature pour le/la résident(e) pour les questions des niveaux de soins était exigée, le fait d'exiger une contresignature par le médecin responsable du/de la résident(e) en stage fait non-sens pour plusieurs médecins car ils s'assurent de leurs connaissances et de leurs compétences en la matière.

Les médecins mentionnent que les résident(e)s peuvent faire tous les types de prescriptions sans contresignature. Ils/elles ne considèrent pas cela comme valorisant pour le/la résident(e) en médecine. Ils/elles questionnent aussi le double standard apparent concernant l'obligation de ne pas faire contresigner le/la candidat(e) IPS mais d'exiger la contresignature pour le/la résident(e) chez qui la discussion sur le sujet fait déjà partie de sa formation médicale de base.

- **Transfert hospitalier**

La discussion concernant le souhait de l'utilisateur(-ère) d'être transféré(e) vers un CH, advenant un changement important de sa condition, n'est pas coutume. Ainsi, plusieurs ont exprimé un inconfort à le faire. La signification de ce transfert, les conditions qui y sont associées et les limites que cela comporte sont autant de questionnements soulevés. La formation méritera, à cet égard, d'être bonifiée.

- **L'information comme moyen d'adhésion**

L'adhésion au changement constitue un effort pour tous clinicien(ne)s et les gestionnaires. Les éléments contextuels dans lequel ce changement s'opère facilite ou complexifie la mobilisation. Lors du projet pilote, plusieurs clinicien(ne)s nous ont mentionné le trop grand volume d'informations et de communiqués qu'ils/elles reçoivent, qualifiant le tout de difficilement gérable. Ceci n'est pas fait pour aider à l'adhésion et à la mobilisation ni à la compréhension du sens donné à la demande de changement de pratique. Notons que les motifs de la demande de changement des « niveaux de soins » pour les « objectifs de soins » mériteraient, à cet égard, d'être mieux expliqués. Il en va de même pour l'appréciation du nouveau processus de discussion par les usager(-ère)s.

Nous y voyons une source stimulante d'adhésion pour les professionnel(le)s soucieux(-ieuses) d'offrir des soins respectueux des souhaits de leurs clientèles.

### **6.3.1 Vigilance envers les enjeux éthiques**

Le comité souhaite porter à votre attention certains aspects découlant des principaux constats et susceptibles d'entraîner des enjeux éthiques. Ces enjeux ont tous été adressés aux instances concernées. Ils ont été traités ou sont en voie de traitement. Des suivis sont attendus.

- Dans le cadre du projet pilote, la question de la non-RCR chez les mineur(e)s de plus de 14 ans, ainsi que chez la population en milieu carcéral (surdosage, idéation suicidaire, etc.) a généré des questions éthiques et des discussions sur les clientèles particulières.
- La question de l'informatisation et du dossier unique ainsi que l'identification des clientèles en temps opportun sont des aspects pouvant engendrer des enjeux d'ordre éthique en raison du non-accompagnement ou de l'accompagnement non respectueux des volontés des clientèles. Cela met en évidence l'importance d'une validation et de discussions continues lors des différentes étapes du parcours de soins.
- La capacité de respect du non-RCR pour les clientèles en RPA, en l'absence de personnel qualifié pour évaluer la situation clinique, a généré de nombreuses discussions en lien avec les obligations du personnel et l'interprétation des règles.
- La question du don d'organe et de tissu demeure, quant à elle, une question délicate pour laquelle des enjeux éthiques peuvent survenir. Des précisions ont été ajoutées au guide de l'INESSS à cet effet.
- Il nous faut souligner la difficulté de plusieurs médecins à trouver du sens dans une demande de changement de formulaire qui, pour eux ou elles, était déjà fonctionnel. Cette incompréhension des motifs ayant entraîné le changement des niveaux de soins ou des niveaux d'interventions médicales vers les objectifs de soins est d'ordre éthique (recherche de sens).
- Ces enjeux ont tous été adressés aux instances concernées. Ils ont été traités ou sont en voie de traitement.

## 7 CONCLUSION

---

La Phase 3 du déploiement du formulaire révisé au CIUSSS de l'Estrie – CHUS avait comme objectif d'uniformiser les pratiques, de renforcer la cohérence des soins et de favoriser une approche centrée sur l'usager(-ère), malgré un contexte marqué par des contraintes organisationnelles, techniques et de ressources. Cette phase nous a permis de réviser la gouvernance, de mettre en place des stratégies de communication ciblées et de développer des outils de formation diversifiés afin de soutenir l'adhésion des équipes de soins au changement de pratique. Les retours recueillis confirment la pertinence de la démarche, tout en mettant en lumière certains enjeux. Ces apprentissages constituent un levier pour optimiser la pérennité du projet et préparer un éventuel déploiement provincial.

### 7.1 RECOMMANDATIONS

Pendant toute la durée du présent projet pilote, la rigueur, le respect et la transparence ont guidé l'équipe projet dans ses choix de gouvernance et la manière de collaborer avec ses partenaires. Notre engagement réside dans la conviction que l'usager(-ère) représente notre premier(-ière) et principal(e) collaborateur(-trice) dans la recherche du bon soin. Pour cela, la discussion précoce sur les objectifs de soins, en cohérence avec les objectifs de vie et durant toute la durée de l'accompagnement des usager(-ère)s et de leurs proches, constitue un moyen efficace et accessible mis à notre disposition pour soigner respectueusement une portion importante de la population.

L'actualisation de ce processus interdisciplinaire dans tous les milieux de soins au Québec, dans les meilleurs délais, nous semble nécessaire.

Le projet « Objectifs de soins » doit être vu comme un outil d'amélioration des soins. Il peut contribuer à diminuer les soins potentiellement non bénéfiques, améliorer la qualité des soins et diminuer les dilemmes cliniques entre les divers soignant(e)s et les personnes soignées, tout en partageant les responsabilités au sein des équipes multidisciplinaires.

Le projet pilote a permis de dégager certaines recommandations pouvant guider le déploiement provincial. Des éclairages ont été faits sur des pratiques existantes à bonifier, sur des formations et du soutien aux professionnel(le)s à améliorer ou encore sur des conditions à mettre en place pour une bonne réalisation.

Ces recommandations résultent des partages avec les professionnel(le)s et les gestionnaires locaux(-ales), des observations de l'équipe au sein de certains milieux, de l'analyse des sondages et des entrevues avec les usager(-ère)s ainsi que des audits des dossiers tout au long du projet.

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Considérant que | La majorité de la population est ou sera éventuellement concernée par la question des objectifs de soins;   |
| Considérant que | La discussion sur les objectifs de soins constitue un élément essentiel et présent durant toute la durée des trajectoires de soins des usager(-ère)s;                     |
| Considérant que | La discussion sur les objectifs de soins représente un moyen d'orienter les soins vers de bonnes pratiques et de diminuer les traitements potentiellement non bénéfiques; |
| Considérant que | L'ensemble des clinicien(ne)s peut être amené à discuter des objectifs de soins.  |

Nous proposons que le déploiement provincial s'assure d'instaurer les conditions favorables suivantes en vue d'une saine réalisation :

1. Gouvernance forte et concertée au sein des établissements.
2. Adhésion forte des clinicien(ne)s et des gestionnaires au processus « Objectifs de soins ».
3. Des communications efficaces et le développement de compétences.

AFIN QUE TOUS/TOUTES LES CLINICIEN(NE)S SE SENTENT CONCERNÉ(E)S ET SOIENT INTERPELLÉ(E)S FAVORABLEMENT PAR L'ARRIVÉE DES OBJECTIFS DE SOINS

Conditions favorables	Objectifs	Actions	Justifications
<b>1. Gouvernance forte et concertée au sein des établissements</b>	Assurer un leadership stratégique fort et multidisciplinaire.	<p>Gouvernance avec codirection clinique multi-disciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser les <i>leaders</i> médicaux et IPS.</li> <li>• Mettre en place une gouvernance stratégique par les direction directement concernées (Direction médicale et des services professionnels, Direction des soins infirmiers Direction des services multidisciplinaires), en collaboration avec les autres directions cliniques visées par le changement et y associer une représentativité des usager(-ère)s, comme usager(-ère)s partenaires, comité d'utilisateur(-ère)s.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dès le départ, s'assurer d'une adhésion des <i>leaders</i> médicaux et IPS afin qu'ils comprennent bien la raison des changements résultant des travaux de l'INESSS, ainsi que la contribution des autres professionnel(le)s.</li> <li>• S'assurer que l'intégration du processus lié à la formulation des « Objectifs de soins » est une orientation portée par la haute direction.</li> <li>• Assurer une cohésion et un engagement auprès des clinicien(ne)s des différentes directions par une communication et une coordination efficaces des équipes multidisciplinaires.</li> </ul>
	Choisir le moment opportun pour le déploiement.	<p>Concertation des codirections cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser l'environnement et planifier le déploiement selon un rythme adapté à la réalité de chaque établissement/ installation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer d'optimiser la mobilisation et l'intégration efficaces des nouvelles pratiques et permettre de soutenir la gestion du changement.</li> </ul>
	Prévoir et mettre en place du soutien local.	<p>Mobilisation des intervenant(e)s :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une équipe interdirections incluant des médecins qui pourra assurer l'opérationnalisation du projet et offrir le soutien requis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du soutien auprès des collègues pour permettre la réalisation du déploiement ainsi que sa pérennisation et favoriser l'engagement et la mobilisation de l'ensemble des intervenant(e)s.</li> </ul>
	Évaluer l'implantation suite au déploiement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir une modalité d'évaluation suite au déploiement du nouveau processus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancrer durablement les nouvelles pratiques.</li> <li>• Assurer le suivi des améliorations à réaliser, de façon continue.</li> </ul>

Conditions favorables	Objectifs	Actions	Justifications
<b>2. Adhésion forte au processus des « Objectifs de soins »</b>	Rendre accessible le formulaire et l'annexe pour tous les intervenant(e)s de tous les milieux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatiser le formulaire et son annexe et le rendre accessible sur de plateformes disponibles (DCI, DMÉ Gustav, etc.).</li> <li>• -Considérer la possibilité de l'intégrer au DSN ou au DSQ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -Assurer une continuité de l'information.</li> <li>• -diminuer les risques de non- respect des objectifs de soins des usager(ère)s.</li> </ul>
	Apporter des réponses aux questionnements cliniques et légaux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre les échanges avec les ordres professionnels et s'assurer que le processus est en cohérence avec les orientations/règles des ordres professionnels concernés (CMQ, OIIQ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afin d'offrir un cadre juridique et déontologique clair pour l'exercice des <i>bonnes pratiques</i> dans un environnement sain.</li> </ul>
	Planifier un échéancier respectueux des cliniciens.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir un échéancier permettant l'intégration des formations et des outils avant le déploiement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre un temps d'intégration réaliste pour une meilleure adhésion au changement de pratique.</li> </ul>
	Retirer la contresignature obligatoire pour les résident(e)s en médecine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation du CMQ et de l'INESSS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître les compétences des médecins résident(e)s</li> <li>• -Éviter les ambiguïtés quant à la validité du formulaire en l'absence de contresignature.</li> </ul>
	Intégrer les milieux d'enseignement.	<p>Pour une mobilisation précoce des apprenant(e)s :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter et offrir la formation pour les médecins et IPS ainsi que les outils utilisés, en conformité au processus proposé par l'INESSS.</li> <li>• Sensibiliser les autres clinicien(ne)s concernés par l'annexe durant leur parcours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer de façon précoce et évolutive le changement.</li> <li>• Préparer adéquatement les apprenant(e)s pour le début de pratique clinique.</li> </ul>

AFIN QUE CHACUN(E) COMPRENNE ET INTÈGRE SON RÔLE DANS LE CADRE DU CHANGEMENT DE PRATIQUE LIÉ AU NOUVEAU PROCESSUS

Conditions favorables	Objectifs	Actions	Justifications
<b>3. Communications efficaces</b>	Simplifier les communications et les rendre efficaces pour chaque clinicien(ne)	Préparer un plan de communication ajusté à toutes les parties prenantes : gestionnaires, clinicien(ne)s, usager(-ère)s, partenaires du réseau, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une communication claire, adéquate et adaptée favorise l'adhésion et l'engagement de chacun(e).</li> </ul>
	Informar les clinicien(ne)s des motifs justifiant le changement de pratique.	Intégrer les enjeux de sens et d'éthique dans la présentation sur la démarche d'élaboration du nouveau processus d'objectifs de soins (INESSS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le sens donné à tout travail est un puissant outil d'adhésion au changement.</li> </ul>
	Informar précocement les usager(-ère)s et la population.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir et décider d'actions pour informer les usager(-ère)s.</li> <li>• Plusieurs modalités peuvent être utilisées, par exemple : dépliant explicatif, capsules informatives destinées au grand public, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer la population et les usager(-ère)s au cœur des changements de pratique.</li> <li>• -Améliorer l'adhésion et la participation des usager(-ère)s.</li> </ul>
<b>4. Développement de compétences</b>	Former chaque clinicien(ne) à l'utilisation du formulaire, de l'annexe et des outils.	Déployer des formations multidisciplinaires adaptées en fonction des rôles et des responsabilités de chacun(e).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La compréhension des rôles et des responsabilités de chacun(e) et le développement des compétences améliorent le travail en interdisciplinarité.</li> </ul>
	Former au processus de discussion multidisciplinaire, précoce et évolutif.	Déployer des formations axées sur le processus de discussion interdisciplinaire pour l'ensemble de l'équipe soignante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir l'intégration de cette pratique interdisciplinaire.</li> </ul>
	Proposer des formations pratiques et adaptées.	Proposer des formations accréditées disponibles en continu et facilement accessibles (ex. : webinaires, capsules).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentialiser le taux de participation aux formations.</li> </ul>
	Former les clinicien(ne)s à la résolution de cas complexes et aux besoins locaux.	Développer des formations répondant aux besoins spécifiques des milieux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des situations complexes ou singulières nécessitent du soutien et des formations adaptées.</li> </ul>





# ANNEXES





## ANNEXES : INTÉGRATION PHASE 1

### RLS DE LA POMMERAIE

#### ANNEXE 1 : SONDAGE MÉDECINS

##### Aisance à discuter des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	50 %
Plutôt en accord	50 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

##### Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	7 %
Plutôt en accord	21 %
Plutôt en désaccord	36 %
Tout à fait en désaccord	21 %
Ne veut/peut pas répondre	14 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

##### Aisance à compléter la RCR non cliniquement indiquée

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	21 %
Plutôt en accord	29 %
Plutôt en désaccord	21 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	21 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance quant à l'initiation des discussions sur les objectifs de soins  
par les différent(e)s professionnel(le)s

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	64 %
Plutôt en accord	29 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

## ANNEXE 2 : SONDAGE IPS

Aisance à compléter le formulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	0 %
Plutôt en accord	67 %
Plutôt en désaccord	33 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Aisance à discuter

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	0 %
Plutôt en accord	67 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	33 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	67 %
Plutôt en accord	0 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	33 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Aisance à compléter la RCR non cliniquement indiquée

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	0 %
Plutôt en accord	0 %
Plutôt en désaccord	33 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	67 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance quant à l'initiation des discussions sur les objectifs de soins par les différent(e)s professionnel(le)s

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	100 %
Plutôt en accord	0 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

### ANNEXE 3 : SONDAGE PERSONNEL INFIRMIER

Complétion par titre

Titres	Nombre d'infirmier(-ière)s
Infirmier(-ière)s	45 %
Infirmier(-ière)s clinicien(ne)s	41 %
Infirmier(-ière)s auxiliaires	14 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Milieus de pratique

Milieus	Nombre d'infirmier(-ière)s
Soins longue durée	50 %
GMF	23 %
Soins à domicile	9 %
Urgence	9 %
Chirurgie	5 %
Soins intensifs	5 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Années de pratique

Nombre d'années	Nombre d'infirmier(-ière)s
Plus de 5 ans	91 %
3 - 4ans	0 %
2 - 3 ans	9 %
6 mois - 2 ans	0 %
0 - 6 mois	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Expérience dans leur secteur

Nombre d'années	Nombre d'infirmier(-ière)s
Plus de 5 ans	77 %
3 - 4 ans	14 %
2 - 3 ans	5 %
6 mois - 2ans	5 %
0 - 6 mois	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Intention de collaborer aux discussions

Choix de réponse	Nombre d'infirmier(-ière)s
Tout à fait en accord	23 %
Plutôt en accord	45 %
Plutôt en désaccord	14 %
Tout à fait en désaccord	9 %
Ne veut/peut pas répondre	9 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Nombre d'infirmier(-ière)s
Tout à fait en accord	14 %
Plutôt en accord	36 %
Plutôt en désaccord	14 %
Tout à fait en désaccord	9 %
Ne veut/peut pas répondre	27 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>



Aisance à participer aux discussions

Choix de réponse	Nombre d'infirmier(-ière)s
Tout à fait en accord	23 %
Plutôt en accord	50 %
Plutôt en désaccord	27 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

#### ANNEXE 4 : STATISTIQUES – REDIFFUSION DES FORMATIONS ET WEBINAIRES EN LIGNE

Titre de la formation/webinaire	Nombre de vues	Durée moyenne de visualisation (%)
Présentation INESSS – Projet IPAM – Objectifs de soins (14 décembre 2023)	55	30 %
Formation – Projet Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire (27 février 2024)	155	45 %
Webinaire – Expérimentation du formulaire Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire – RLS de La Pommeraie (22 mai 2024)	44	17 %

#### ANNEXE 5 : RÉCAPITULATIF DES VISITES ET DES RENCONTRES

Milieux visités	Dates des visites	Objectifs des rencontres	Professionnel(le)s rencontré(e)s
CH de Brome-Missisquoi-Perkins (BMP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>30 mars</li> <li>12, 14 et 19 avril 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir l'appropriation du formulaire.</li> <li>Clarifier des éléments-clés (objectif « E », transfert, RCR).</li> <li>Expliquer les rôles de chacun dans l'équipe interdisciplinaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 gestionnaires.</li> <li>23 ASI.</li> <li>4 IPSPL.</li> <li>4 médecins.</li> </ul>
CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 et 26 avril 2024</li> </ul>	Idem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>22 infirmier(-ière)s.</li> <li>9 agent(e)s administratif(-ive)s.</li> </ul>
GMF	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 et 9 avril 2024</li> </ul>	Idem.	(Inclus dans les catégories ci-dessus, répartis selon rôle)

## ANNEXE 6 : RÉSUMÉ QUANTITATIF DES PROFESSIONNEL(LE)S RENCONTRÉ(E)S

Catégorie	Nombre
Gestionnaires	16
Assistant(e)s au supérieur immédiat (ASI)	23
Infirmier(-ière)s praticien(ne)s spécialisé(e)s (IPSPL)	4
Médecins	4
Infirmier(-ière)s	22
Agent(e)s administratif(-ive)s	9

## ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENTREVUE MENÉE AUPRÈS DES USAGER(-ÈRE)S

Thème	Résultat clé	Pourcentage (%)
<b>Profils des répondant(e)s</b>	Femmes	86 %
	Plus de 55 ans	93 %
	Hospitalisé(e)s à BMP	65 %
	Résidant en CHSLD	35 %
<b>Discussion Objectifs de soins</b>	Ont eu la discussion avec un(e) médecin	100 %
	Étaient seul(e)s lors de la discussion	65 %
	Accompagné(e)s d'un(e) proche	35 %
	N'ont pas discuté des objectifs PEC	57 %
	Informations faciles à comprendre	64 %
	À l'aise avec la discussion	86 %
	Informations répondant aux besoins	78 %
	Discussion arrivée assez tôt	62 %
<b>RCR/non-RCR</b>	Discussion abordée	86 %
	Mieux compris leurs volontés RCR/non-RCR	72 %
<b>Transfert/non-transfert</b>	Notion non abordée	57 %
	Mieux compris leur volonté de transfert	29 %
	Discussion non utile pour la compréhension de ces notions	28 %
<b>Formulaire OdeS</b>	N'ont pas reçu de copie	71 %
	Ne savaient pas quoi faire avec	83 %
<b>Impact global</b>	Ont pu exprimer questions/inquiétudes	72 %
	Recommandent la discussion	93 %

## ANNEXE 8 : SYNTHÈSE DES CHAMPS CLÉS DU FORMULAIRE COMPLÉTÉ

Élément audité	Oui (%)	Non (%)
Case d'aptitude/inaptitude cochée	92 %	8 %
Identification des personnes présentes à la discussion	51 %	49 %
Volontés antérieures documentées	40 %	60 %
Note de discussion (section A) remplie	53 %	47 %
Objectif de soins (P, E ou C) identifié	99 %	1 %
Décision RCR cohérente et documentée	53 %	14 %
Transfert hospitalier documenté	47 %	53 %
Signature du/de la clinicien(ne) présente	95 %	5 %
Numéro de permis inscrit	88 %	12 %

## ANNEXE 9 : PRINCIPAUX CONSTATS ET ENJEUX IDENTIFIÉS LORS DE L'UTILISATION DU NOUVEAU FORMULAIRE « OBJECTIFS DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE »

Constats et enjeux liés à l'utilisation du nouveau formulaire	Détails et exemples
Perception du formulaire	Nouveau formulaire perçu comme un simple changement d'outil plutôt qu'un changement de pratique.
Aspects pratiques du formulaire	Disposition des sections et format recto-verso jugés peu pratiques.
Compréhension et intégration de l'outil	Difficultés à intégrer l'utilisation de l'outil dans la pratique : multidisciplinarité, précocité, évolution, notion de transfert.
Outils informatiques	Dossiers et plateformes sous-optimaux pour un accès fluide et en temps réel aux informations.
Participation interprofessionnelle	Outil actuel ne favorise pas la participation interprofessionnelle : proposition d'ajout d'une annexe.
Besoins de formation identifiés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification de la clientèle.</li> <li>▪ Discussion et respect des objectifs de soins (cohérence avec objectifs de vie).</li> <li>▪ Compréhension commune des cadres légaux (ex : RCR futile).</li> </ul>
Logistique d'accès à l'information	Exemples : copie non remise vs archives, dossiers informatisés non accessibles ou non uniformisés, absence d'accès au DSQ.
Discordance légale	Discordance entre les aspects légaux actuels (CMQ) et la question du préhospitalier concernant la RCR.
Pratique en CHSLD	Enjeux liés à la détermination des objectifs de soins : délai de visite médicale, ordonnance téléphonique.
Outils pour faciliter la discussion	Besoin d'outiller soignant(e)s, usager(-ère)s et proches (ex : dépliant).
Ressources à domicile	Manque de ressources pour respecter les souhaits des usager(-ère)s, notamment pour les transferts ambulanciers.

## ANNEXES - INTÉGRATION PHASE 2

### RLS MEMPHRÉMAGOG

#### ANNEXE 10 : SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS ET DES IPS

##### Années de pratique

Nombre d'années	Pourcentage (%)
Plus de 10 ans	59 %
5 – 10 ans	17 %
2 - 5 ans	12 %
Moins de 2 ans	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

##### Niveau d'aisance à discuter des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	71 %
Plutôt en accord	29 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

##### Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	5 %
Plutôt en accord	12 %
Plutôt en désaccord	24 %
Tout à fait en désaccord	59 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance à compléter la non RCR

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	35 %
Plutôt en accord	35 %
Plutôt en désaccord	18 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance à discuter du transfert hospitalier

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	29 %
Plutôt en accord	24 %
Plutôt en désaccord	18 %
Tout à fait en désaccord	24 %
Ne veut/peut pas répondre	5 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance quant à l'initiation des discussions sur les objectifs de soins  
par différent(e)s professionnel(le)s

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	53 %
Plutôt en accord	35 %
Plutôt en désaccord	12 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'utilité de la formation et du coaching

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	12 %
Plutôt en accord	18 %
Plutôt en désaccord	24 %
Tout à fait en désaccord	12 %
Aucune formation/coaching reçu	18 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'utilité du dépliant

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	5 %
Plutôt en accord	12 %
Plutôt en désaccord	5 %
Tout à fait en désaccord	24 %
Ne veut/peut pas répondre	53 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'utilité de l'annexe quant à l'accessibilité des informations colligées

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	0 %
Plutôt en accord	12 %
Plutôt en désaccord	35 %
Tout à fait en désaccord	29 %
Ne veut/peut pas répondre	24 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

## ANNEXE 11 : SONDAGE AUPRÈS DES CLINICIEN(NE)S PROVENANT DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Complétion par titre professionnel

Titres	Nombre
Infirmier(-ière)s	25 %
Infirmier(-ière)s clinicien(ne)s	67 %
Préposé(e) aux bénéficiaires	8 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Milieus de pratique

Milieus	Nombre de professionnel(le)s
Soins longue durée	17 %
Soins infirmiers courants	17 %
Soins à domicile	8 %
Urgence	67 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>



Années de pratique

Nombre d'années	Nombre de professionnel(le)s
Plus de 10 ans	50 %
5 - 10 ans	17 %
2 - 5 ans	25 %
Moins de 2 ans	8 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance à discuter des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	25 %
Plutôt en accord	42 %
Plutôt en désaccord	33 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	8 %
Plutôt en accord	42 %
Plutôt en désaccord	8 %
Tout à fait en désaccord	25 %
Ne veut/peut pas répondre	17 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance à discuter du transfert hospitalier

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	17 %
Plutôt en accord	50 %
Plutôt en désaccord	17 %
Tout à fait en désaccord	8 %
Ne veut/peut pas répondre	8 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Niveau d'aisance quant à l'initiation des discussions sur les objectifs de soins  
par les différent(e)s professionnel(le)s

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	50 %
Plutôt en accord	42 %
Plutôt en désaccord	8 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'utilité de la formation et du coaching

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	8 %
Plutôt en accord	50 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	0 %
Aucune formation/coaching reçu	42 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'utilité du dépliant

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	17 %
Plutôt en accord	33 %
Plutôt en désaccord	8 %
Tout à fait en désaccord	8 %
Ne veut/peut pas répondre	33 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'utilité de l'annexe quant à l'accessibilité  
des informations colligées

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	17 %
Plutôt en accord	33 %
Plutôt en désaccord	0 %
Tout à fait en désaccord	8 %
Ne veut/peut pas répondre	42 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

## ANNEXE 12 : PERCEPTION DES USAGER(-ÈRE)S SUR LA DISCUSSION DES OBJECTIFS DE SOINS

Thèmes évalués	Oui	Non	Pas de réponse
La discussion a porté sur le PEC.	86 %	14 %	0 %
Usager(-ère) à l'aise pendant la discussion.	71 %	15 %	14 %
Compréhension du PEC.	86 %	0 %	14 %
Sentiment que le PEC répondait aux besoins.	100 %	0 %	0 %
Discussion sur la réanimation (RCR).	100 %	0 %	0 %
Compréhension des choix liés à la RCR.	86 %	14 %	0 %
Discussion sur le transfert hospitalier.	57 %	43 %	0 %
Compréhension des choix liés au transfert ou au non-transfert.	14 %	14 %	72 %

## ANNEXE 13 : RETOURS SUR LES OUTILS REMIS AUX USAGER(-ÈRE)S

Thèmes évalués	Oui	Non	Pas de réponse
A reçu une copie du formulaire.	17 %	83 %	0 %
Sait quoi faire avec la copie.	0 %	100 %	0 %
A reçu le dépliant explicatif.	14 %	86 %	0 %
Satisfaction globale avec la démarche.	50 %	33 %	17 %
Recommanderait la discussion à d'autres.	83 %	17 %	0 %

## ANNEXE 14 : SYNTHÈSE DES CHAMPS CLÉS DU FORMULAIRE COMPLÉTÉ – AUDITS DES DOSSIERS

Champs évalués	Coché/Documenté	Non coché/ Non documenté
Aptitude de l'utilisateur(-ère).	74,1 %	25,9 %
Personne impliquée dans la discussion.	54,1 %	45,9 %
Volontés antérieures.	31,2 %	68,8 %
Volonté relative au transfert hospitalier.	71,2 %	28,8 %
Décision relative à la RCR.	97,6 %	2,4 %
Signature du/de la clinicien(ne).	100 %	0 %
Numéro de permis du/de la clinicien(ne).	100 %	0 %
Annexe présente au dossier.	0 %	100 %

## ANNEXE 15 : PRINCIPAUX CONSTATS ET ENJEUX IDENTIFIÉS LORS DE LA PHASE 2

Thèmes	Constats/Enjeux
1. Perception du nouveau formulaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perçu comme un simple changement d'outil.</li> <li>Jugé peu adapté à certaines réalités cliniques (charge de travail, diversité des milieux).</li> <li>Compréhension sous-optimale du PEC (le « E » étant flou ou trop large).</li> <li>Manque de clarté concernant les éléments liés au transfert ambulancier.</li> </ul>
2. Compréhension et utilisation de l'annexe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusion entre l'annexe, le guide et le formulaire.</li> <li>Peu d'expériences concrètes d'utilisation interdisciplinaire.</li> <li>Besoin de clarifications dans le guide de l'INESSS et dans la formation.</li> </ul>
3. Besoin de formation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté à identifier les clientèles concernées.</li> <li>Incompréhension du nouveau processus.</li> <li>Flou sur la manière de mener les discussions et de respecter les objectifs exprimés.</li> <li>Manque de compréhension partagée des cadres légaux.</li> </ul>
4. Accessibilité des informations.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie du formulaire parfois non remise.</li> <li>Accès limité ou non uniforme au dossier informatisé.</li> <li>Absence d'accès au DSQ (dossier Santé Québec).</li> </ul>
5. Outils pour soutenir la discussion.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité d'outiller davantage les soignant(e)s, les usager(-ère)s et les proches.</li> <li>Exemples : dépliant explicatif, capsules d'information, coffre à outils.</li> </ul>
6. Contexte de mise en œuvre défavorable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forte mobilité du personnel.</li> <li>Ressources limitées.</li> <li>Déploiement simultané d'autres projets cliniques qui mobilisent les mêmes acteurs.</li> </ul>

## ANNEXES – INTÉGRATION PHASE 3 CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

### ANNEXE 16 : FORMATION EN LIGNE PROFESSIONNEL(LE)S MULTIDISCIPLINAIRES

#### Titres professionnels

Titres	Pourcentage (%)
Infirmier(-ière)s	12,73 %
Diététicien(ne)s	2,39 %
Kinésiologues	0,80 %
Ergothérapeutes	1,33 %
Physiothérapeutes	3,18 %
Audiologistes	0,53 %
Travailleur(-euse)s social(e)s	1,59 %
Psychologues	0,27 %
Intervenant(e)s soins spirituels	1,33 %
Infirmier(-ière) praticien(ne) spécialisé(e)	14,59 %
ASI	5,57 %
Infirmier(-ière) clinicien(ne)	18,83 %
Chef(fe) de service	2,12 %
Technicien(ne) en physiothérapie	1,33 %
Infirmier(-ière) auxiliaire	7,96 %
PAB	5,57 %
Inhalothérapeutes	0,27 %
Infirmier(-ière) clinicien(ne) ASI	8,49 %
Autres	11,14 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

\* Basé sur les données de la plateforme ENA extraites par le Power BI en date du 2 juin 2025  
(377 participant(e)s).

#### Directions cliniques

Directions	Pourcentage (%)
DFUH	26,67 %
DSI	24,53 %
DHSLD	23,20 %
DSMSSS	12,00 %
DSAD-SSG-DTSA	5,33 %
DSG	4,80 %
DSSCC	1,33 %
DQEPP	1,33 %
DMSP	0,53 %
DAMU-SC-EO	0,27 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

\* Basé sur les données de la plateforme ENA extraites par le Power BI en date du 2 juin 2025  
(377 participant(e)s).

#### Visionnements sur Santé Estrie

Blocs	Nombre de vues
Introduction	49
Bloc 1 – Discuter	36
Bloc 2 – Formuler	33
Bloc 3 – Compléter	32
Bloc 4 - Transmettre	28

## ANNEXE 17 : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS ET DES IPS

#### Complétion par titre professionnel

Titres	Pourcentage (%)
Médecins	69 %
Médecins spécialistes	13 %
Résident(e)s	2 %
IPS	16 %
Candidat(e)s IPS	1 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Années de pratique

Nombre d'années	Pourcentage (%)
Plus de 10 ans	58 %
5 - 10 ans	16 %
2 - 5 ans	13 %
Moins de 2 ans	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Milieus de pratique

Secteurs	Pourcentage (%)
Urgence	11 %
Unité de médecine	15 %
Unité de chirurgie	8 %
Secteur pédiatrique	1 %
Maison des aînés et alternatives	1 %
Secteur de longue durée	6 %
Oncologie	2 %
Soins intensifs	6 %
Soins palliatifs	13 %
GMF	19 %
RPA	3 %
RI-RTF	2 %
Soins infirmiers courants	0 %
Santé mentale	1 %
Soins à domicile	7 %
Soins préhospitaliers d'urgence	1 %
Autres	5 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Nombre de formulaires remplis

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Aucun	25 %
1 à 5	20 %
5 à 10	19 %
10 à 20	16 %
20 et plus	25 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Clarté du rôle et des responsabilités

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	43 %
Plutôt en accord	36 %
Plutôt en désaccord	11 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	3 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Aisance à discuter des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	68 %
Plutôt en accord	25 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	1 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de remettre une copie

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	48 %
Plutôt en accord	28 %
Plutôt en désaccord	10 %
Tout à fait en désaccord	6 %
Ne veut/peut pas répondre	9 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de sensibiliser l'utilisateur(-ère) sur l'utilité de la copie

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	45 %
Plutôt en accord	25 %
Plutôt en désaccord	12 %
Tout à fait en désaccord	5 %
Ne veut/peut pas répondre	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>



Clarté du rôle et des responsabilités

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	43 %
Plutôt en accord	36 %
Plutôt en désaccord	11 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	3 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Aisance à discuter des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	68 %
Plutôt en accord	25 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	1 %
Ne veut/peut pas répondre	0 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de remettre une copie

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	48 %
Plutôt en accord	28 %
Plutôt en désaccord	10 %
Tout à fait en désaccord	6 %
Ne veut/peut pas répondre	9 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de sensibiliser l'utilisateur(-ère) sur l'utilité de la copie

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	45 %
Plutôt en accord	25 %
Plutôt en désaccord	12 %
Tout à fait en désaccord	5 %
Ne veut/peut pas répondre	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension du processus interdisciplinaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	49 %
Plutôt en accord	30 %
Plutôt en désaccord	11 %
Tout à fait en désaccord	5 %
Ne veut/peut pas répondre	4 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension du processus évolutif

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	53 %
Plutôt en accord	25 %
Plutôt en désaccord	10 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Ne veut/peut pas répondre	8 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de consulter l'annexe

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	35 %
Plutôt en accord	25 %
Plutôt en désaccord	20 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Perception de l'aisance des professionnel(le)s autres que les médecins et les IPS pour discuter  
des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	16 %
Plutôt en accord	32 %
Plutôt en désaccord	27 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	17 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	16 %
Plutôt en accord	30 %
Plutôt en désaccord	28 %
Tout à fait en désaccord	17 %
Ne veut/peut pas répondre	10 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité de la formation en ligne

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	11 %
Plutôt en accord	17 %
Plutôt en désaccord	11 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Formation non suivie	57 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité des communications transmises

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	11 %
Plutôt en accord	37 %
Plutôt en désaccord	19 %
Tout à fait en désaccord	9 %
Communiqués non lus	25 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité de la foire aux questions

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	3 %
Plutôt en accord	5 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	5 %
Non consultée	80 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Bénéfice des échanges avec les personnes-ressources

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	7 %
Plutôt en accord	13 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	2 %
Pas d'échanges	70 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité de l'aide-mémoire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	5 %
Plutôt en accord	15 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	3 %
Non consulté	70 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité du dépliant

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	3 %
Plutôt en accord	7 %
Plutôt en désaccord	3 %
Tout à fait en désaccord	3 %
Non utilisé	70 %
Ne veut/peut pas répondre	12 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

## ANNEXE 18 : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU SONDAGE AUPRÈS DES PROFESSIONNEL(LE)S MULTIDISCIPLINAIRES

### Complétion par titre professionnel

Titres	Pourcentage (%)
Infirmier(-ière)	12 %
Infirmier(-ière) clinicien(ne)	27 %
Infirmier(-ière) auxiliaire	7 %
Inhalothérapeute	1 %
Intervenant(e) en soins spirituels	7 %
Ergothérapeute	15 %
Physiothérapeute	7 %
Travailleur(-euse) social(e)	3 %
Autres	21 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

### Milieus de pratique

Secteur	Pourcentage (%)
Urgence	9 %
Unité de médecine	17 %
Unité de chirurgie	11 %
Secteur pédiatrique	3 %
Maison des aînés et alternatives	3 %
Secteur de longue durée	11 %
Oncologie	4 %
Soins intensifs	9 %
Soins palliatifs	8 %
GMF	3 %
RPA	2 %
RI-RTF	1 %
Soins infirmiers courants	1 %
Santé mentale	4 %
Soins à domicile	8 %
Soins préhospitaliers d'urgence	0 %
Autres	7 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Années de pratique

Nombre d'années	Pourcentage (%)
Plus de 10 ans	66 %
5 - 10 ans	14 %
2 - 5 ans	11 %
Moins de 2 ans	9 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Clarté du rôle et des responsabilités

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	14 %
Plutôt en accord	45 %
Plutôt en désaccord	23 %
Tout à fait en désaccord	15 %
Ne veut/peut pas répondre	4 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Aisance à discuter des objectifs de soins

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	28 %
Plutôt en accord	39 %
Plutôt en désaccord	20 %
Tout à fait en désaccord	5 %
Ne veut/peut pas répondre	7 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de remettre une copie

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	46 %
Plutôt en accord	22 %
Plutôt en désaccord	5 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	20 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension de l'importance de sensibiliser l'utilisateur(-ère) sur l'utilité de la copie

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	39 %
Plutôt en accord	27 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	5 %
Ne veut/peut pas répondre	22 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité de l'annexe dans le processus de discussion et de décision

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	19 %
Plutôt en accord	42 %
Plutôt en désaccord	1 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Ne veut/peut pas répondre	31 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilisation de l'annexe pour colliger les informations pertinentes

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	16 %
Plutôt en accord	23 %
Plutôt en désaccord	9 %
Tout à fait en désaccord	22 %
Ne veut/peut pas répondre	30 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension du processus précoce

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	45 %
Plutôt en accord	28 %
Plutôt en désaccord	4 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Ne veut/peut pas répondre	19 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension du processus interdisciplinaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	42 %
Plutôt en accord	32 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Ne veut/peut pas répondre	15 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Compréhension du processus évolutif

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	35 %
Plutôt en accord	39 %
Plutôt en désaccord	7 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Ne veut/peut pas répondre	15 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Aisance à échanger avec ses collègues

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	24 %
Plutôt en accord	32 %
Plutôt en désaccord	22 %
Tout à fait en désaccord	14 %
Ne veut/peut pas répondre	8 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Facilitation des discussions en lien avec le nouveau vocabulaire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	11 %
Plutôt en accord	34 %
Plutôt en désaccord	16 %
Tout à fait en désaccord	9 %
Ne veut/peut pas répondre	30 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>



Utilité de la formation en ligne

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	14 %
Plutôt en accord	30 %
Plutôt en désaccord	8 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Formation non suivie	45 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité des communications transmises

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	8 %
Plutôt en accord	38 %
Plutôt en désaccord	14 %
Tout à fait en désaccord	9 %
Communiqués non lus	31 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité de la foire aux questions

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	5 %
Plutôt en accord	8 %
Plutôt en désaccord	9 %
Tout à fait en désaccord	8 %
Non consultée	69 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Bénéfice des échanges avec les personnes-ressources

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	9 %
Plutôt en accord	12 %
Plutôt en désaccord	8 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Pas d'échanges	66 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité de l'aide-mémoire

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	9 %
Plutôt en accord	18 %
Plutôt en désaccord	4 %
Tout à fait en désaccord	4 %
Non consulté	65 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Utilité du dépliant

Choix de réponse	Pourcentage (%)
Tout à fait en accord	9 %
Plutôt en accord	14 %
Plutôt en désaccord	4 %
Tout à fait en désaccord	7 %
Non utilisé	66 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

## ANNEXE 19 : SONDAGE PORTEUR(EUSE)S – RECOMMANDATIONS

Actions	Exemples
Formations.	Formations.
Déploiement auprès des équipes médicales.	Miser sur le déploiement auprès des équipes médicales.
Encadrement des déploiements informatisés.	Mieux encadrer les déploiements dans les secteurs ayant des outils informatisés.
Diffusion anticipée des informations.	Diffuser les informations et les formulaires à l'avance et s'assurer que la majorité des intervenant(e)s suivent les formations AVANT la date de déploiement.
Formation et webinaire pour les professionnel(le)s.	Formation et webinaire pour le volet professionnel. Foire aux questions.
Mise à disposition des formulaires papier.	Accès aux formulaires papier dans les unités tout en même temps.
Valorisation des objectifs de soins.	Valoriser le rôle des objectifs de soins comme façon d'améliorer la qualité des soins.
Accessibilité électronique des formulaires.	Accessibilité au formulaire de façon électronique, quelle que soit la personne qui a rempli celui-ci, dans un dossier commun (DSQ).
Réglage des enjeux d'accès aux documents.	Régler si possible l'enjeu d'accès aux documents par tous.
Webinaire pré-implantation.	Faire des webinaires avant l'implantation.
Plus de temps pour le déploiement.	Prendre plus de temps pour le déploiement, car très rapide ce qui a été fait au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Amélioration des outils de révision.	Larguer la composante annexe de feuilles de révision des objectifs en faveur de refaire une nouvelle feuille.

## ANNEXE 20 : CONSTATS ET ENJEUX

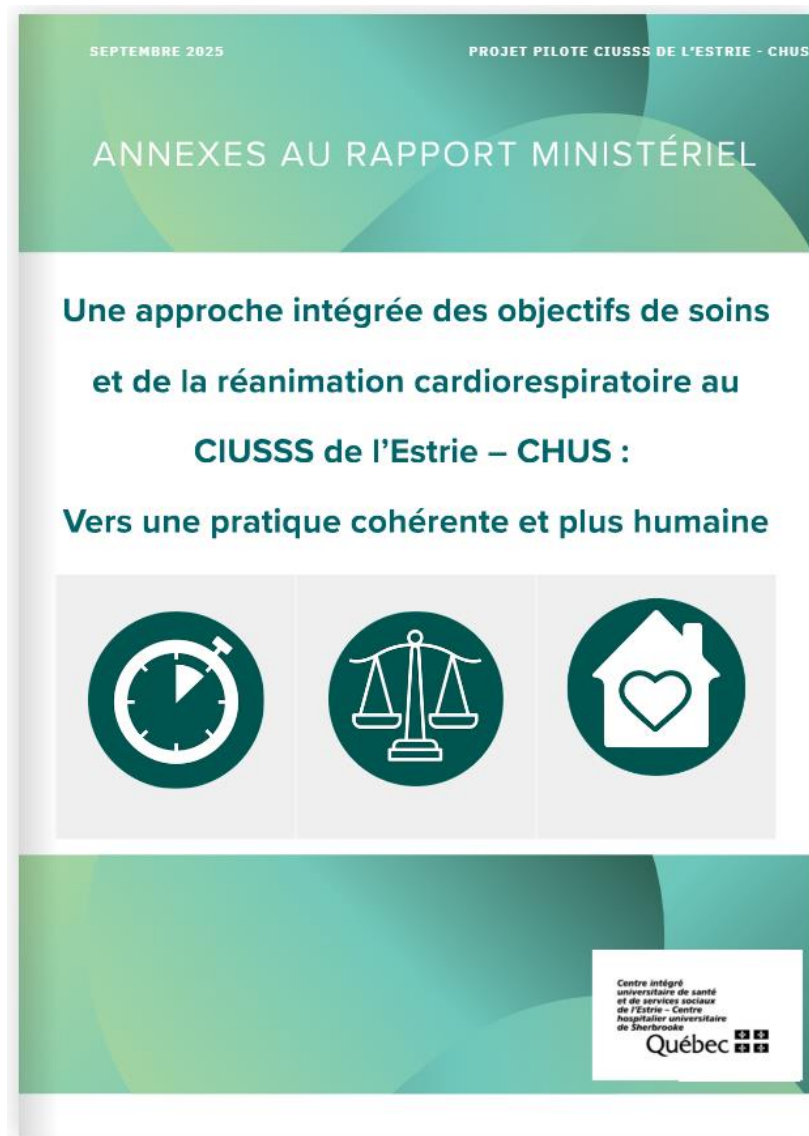
Thèmes	Constats	Enjeux
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe projet limitée à 3 professionnel(le)s ne permettant pas un soutien et un mentorat dans tous les secteurs.</li> <li>Gouvernance adaptée selon les ressources disponibles.</li> <li>Besoin de soutien terrain identifié comme un levier de changement et de pérennisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeux d'engagement et de mobilisation.</li> <li>Enjeu de multidisciplinarité.</li> <li>Enjeu de communication.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échéancier serré jugé contreproductif pour l'intégration des formations et des rôles.</li> <li>Période estivale et contexte de surcharge ont nui à l'implantation.</li> <li>Multiples changements organisationnels concomitants au CIUSSS-CHUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeu de communication (surcharge).</li> <li>Enjeu de mobilisation (demandes multiples).</li> <li>Enjeu d'intégration (<i>échéancier serré</i>).</li> </ul>
Développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps insuffisant pour suivre les formations.</li> <li>-Plusieurs médecins demandent une formation obligatoire et accréditée.</li> <li>Formation perçue comme essentielle pour réduire l'épuisement et soutenir l'engagement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeux d'engagement et de mobilisation.</li> <li>Enjeu de multidisciplinarité.</li> <li>Enjeu de bonnes pratiques.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besoin d'outils concrets et accessibles pour uniformiser les pratiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeu d'engagement.</li> <li>Enjeu de bonnes pratiques.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration difficile du rôle de chaque professionnel(le) dans le processus de discussion.</li> <li>Préoccupations des médecins sur la fluidité/cohérence des informations.</li> <li>Questionnement sur le réalisme de la lecture et du paraphe systématique de l'annexe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeu d'intégration.</li> <li>Enjeu de bonnes pratiques.</li> <li>Enjeu de multidisciplinarité.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Défis de littératie pour les usager(-ère)s.</li> <li>Association encore trop fréquente des objectifs de soins à la fin de vie plutôt qu'à une discussion précoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeu de mobilisation (population).</li> <li>Enjeu d'intégration (<i>intervenants</i>).</li> </ul>

Thèmes	Constats	Enjeux
<b>Adhésion au processus des « Objectifs de soins »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication sous-optimale avec certains professionnel(le)s, notamment les médecins.</li> <li>• Surcharge d'informations entraînant un désengagement.</li> <li>• Difficulté à rejoindre les médecins perçue comme un manque de considération, réduisant ainsi leur adhésion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjeu de communication.</li> <li>• Enjeu d'engagement et de mobilisation.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet pilote perçu comme paradoxal (formulaires papier dans un contexte de transformation numérique).</li> <li>• Accès limité aux formulaires (lieux et moyens).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjeu d'accessibilité.</li> <li>• Enjeu de communication.</li> <li>• Enjeux d'engagement et de mobilisation.</li> <li>• Enjeu de bonnes pratiques.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préoccupations médicales sur la non-RCR (évaluation de la futilité, enjeux éthiques).</li> <li>• Question de la contresignature des résident(e)s jugée incohérente.</li> <li>• Discussions difficiles sur le transfert hospitalier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjeux éthiques (ex. : non-RCR pour mineur(e)s, don d'organes, clientèle carcérale, préposés en RPA).</li> <li>• Enjeu d'engagement et de mobilisation.</li> <li>• Enjeu de bonnes pratiques.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -Besoin d'accompagnement clair.</li> <li>• -Information à la population.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjeu éthique (sens au changement).</li> <li>• Enjeu de bonnes pratiques.</li> </ul>

## ANNEXES COMPLÉMENTAIRES

Pour accéder au journal interactif des annexes complémentaires :

[Annexes complémentaires](#)











**ALLIER**  
NOS  
**FORCES**  
ET NOS  
**SAVOIRS**  
*pour le mieux-être*

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke

Québec 