

RAPPORT DE STAGE

**ÉVALUATION DU PROCESSUS DE CONGÉ HOSPITALIER
DES PATIENTS AVEC OXYGÉNOTHERAPIE DE
L'HOPITAL UNIVERSITAIRE MONTFORT**

Présenté dans le cadre de l'activité d'intégration

ENP 7969S

**Pour l'obtention de la
Maitrise en Administration Publique – Evaluation des Programmes Publiques**

Par

Ngouana Ngoufo

Matricule : E0445928

Hiver 2026

Table de matières

Remerciements.....	4
Liste des abréviations et sigles.....	5
Résumé.....	6
Introduction.....	7
PARTIE I : CONTEXTE, MÉTHODOLOGIE ET RECENSION DES ÉCRITS.....	8
A. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION ET DU MANDAT.....	8
1. Description de l'organisation.....	8
2. Contexte du mandat.....	9
3. Principaux enjeux identifiés, objectifs du mandat et livrables.....	10
B. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION.....	11
1. Questions d'évaluation.....	11
2. Devis d'évaluation.....	11
3. Méthodes de collecte des données.....	12
4. Méthodes d'analyse des données.....	14
5. Limites.....	15
C. RECENSION DES ÉCRITS.....	16
1. Contexte et fondements théoriques.....	16
2. Les étapes du processus de congé avec oxygénothérapie.....	19
3. Rôles des professionnels et la coordination interprofessionnelle.....	21
4. Les expériences des patients, des proches et des professionnels.....	23
5. La continuité des soins et la transition hôpital-domicile.....	24
6. Education et formation des patients et leurs proches.....	25
7. Innovations et technologies de télésurveillance pour soutenir l'oxygénothérapie.....	26
8. Résultats cliniques et indicateurs.....	27
PARTIE II : RÉSULTATS.....	28
A. Caractéristiques socio-démographiques des informateurs.....	28
B. Question d'évaluation 1 : Le processus de congé avec oxygénothérapie assure-t-il une transition sécuritaire et continue vers le domicile ?.....	29
1. Un processus de congé séquentiel focalisé sur la décision et non sur le parcours.....	29
2. La qualification clinique comme socle central de la décision de congé avec oxygène.....	33
3. Une continuité opérationnelle dépendante des dispositions logistiques.....	34
4. Des ruptures et des gaspillages critiques entre la qualification et l'effectivité du congé.....	34
5. Une expérience de transition variant selon les profils de patients.....	35
6. Une continuité post-congé assurée par les partenaires.....	35
C. Question d'évaluation 2 : Les ressources humaines et organisationnelles permettent-elles une mise en œuvre efficace et de qualité des congés avec oxygène ?.....	38

1.	Un rôle de thérapeute respiratoire central, mais absent dans la coordination	38
2.	Une expertise humaine jugée suffisante, mais avec une organisation de travail fragile	38
3.	Une coordination des congés centrée sur des personnes et non sur un système	39
4.	Des zones grises fragilisant l'interprofessionnalité.....	40
D.	Question d'évaluation 3 : La circulation de l'information entre les parties prenantes est-elle complète, rapide et fiable ?	41
1.	Une transmission rapide et efficace de l'information clinique et décisionnelle.....	41
2.	Des informations hospitalières incomplètes et fragmentées	41
3.	Une circulation informationnelle nécessitant des corrections répétitives	42
4.	Une éducation du patient peu consistante et externalisée	42
E.	Question d'évaluation 4 : Le modèle de financement sur lequel s'appuie le processus de congé permet-il un accès équitable et durable de l'oxygénothérapie à domicile ?	44
1.	Une couverture financière perçue comme accessible par les patients	44
2.	Le programme ADP comme pilier structurant du financement	44
3.	Tensions entre la dynamique clinique et les lourdeurs administratives	45
4.	Une équité variable selon le profil des patients	45
F.	Question d'évaluation 5 : Les politiques et mécanismes de gouvernance interne soutiennent-ils une amélioration continue du processus de congé avec oxygène ?	47
1.	Pilotage par indicateurs et audits des dossiers patients	47
2.	Une gouvernance reposant sur les unités de soins	47
3.	Un décalage entre politique écrite et pratiques sur le terrain	48
PARTIE III : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	49
A.	Pour une transition de soins sécuritaire et continue de l'hôpital vers le domicile des patients.	49
B.	Des ressources humaines permettant une mise en œuvre efficace des congés avec oxygène...	51
C.	La circulation d'information complète, rapide et fiable.....	52
D.	Un modèle de financement équitable et durable	53
E.	Une gouvernance qui soutient une amélioration continue	54
Bibliographie	58
Annexe 1 : Logique d'intervention	61
Annexe 2 : Matrice d'évaluation	62
Annexe 3 : Photo de l'exercice de cartographie	63
Annexe 4 : Synthèse des recommandations et plan d'action	64
Annexe 5 : Liste des membres du comité d'évaluation	65

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à l'ensemble des personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation du présent travail.

Tout d'abord, ma petite famille et mes proches, pour leur soutien constant, leur patience et leurs encouragements, qui ont été déterminants pour l'aboutissement de ce projet.

Ce travail n'aurait jamais été possible sans cette opportunité offerte par l'hôpital Montfort. Je tiens à dire merci à Dominic Séguin et Julie Boulianne du département de cardiologie, qui m'ont ouvert leurs portes et facilité la collecte des données. Leurs commentaires et orientations ont définitivement donné un sens déterminant à la démarche d'évaluation mise en œuvre.

Mes remerciements s'adressent aussi à ma superviseure académique, Sylvie Lefrançois pour son accompagnement rigoureux, sa disponibilité et la qualité de ses conseils. Ses réflexions, questions et orientations ont été déterminantes dans la structuration de ce travail.

Un grand merci aussi à tout le personnel du département de cardiologie de l'hôpital Montfort, les professionnels et les participants qui ont accepté de contribuer à cette étude. Ils ont été des informateurs de qualité. Leur participation, les heures qu'ils y ont consacrées et les échanges approfondis que nous avons eus pendant ces 4 derniers mois ont formé une source d'informations précieuse pour comprendre les mécanismes et les situations des patients pour lesquels ils se sont engagés à offrir un soutien et une assistance.

Enfin, je tiens à témoigner ma gratitude en direction de l'École Nationale d'Administration Publique, le corps administratif et les enseignants qui nous ont offert cette opportunité de formation et les différents appuis multiformes auxquels nous avons bénéficié tout au long de cette formation.

Liste des abréviations et sigles

ABG	Arterial Blood Gas
ADP	Assistive Device Program
CRTO	Collège régional des thérapeutes respiratoire.
ENAP	Ecole Nationale d'Administration Publique
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
IEA	Independent Exercise Assessment
MPOC	Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique
MRC	Medical Research Council
NOTT	Nocturnal Oxygen Therapy Trial
PAAF	Programme d'Appareils et d'Accessoires Fonctionnels
PaO ₂	Pression Artérielle en Oxygène
PDCA	Plan Do Control and Act
PNOD	Programme National d'Oxygénothérapie à Domicile
POA	Power of Attorney
SpO ₂	Saturation Pulsée en Oxygène
TR	Thérapeute Respiratoire
RT	Respiratory Therapist

Résumé

Le présent rapport porte sur l'évaluation d'un projet d'amélioration continue du processus de congé hospitalier des patients avec oxygénothérapie au sein de l'hôpital Montfort.

L'oxygénothérapie en tant qu'intervention thérapeutique, aide à prendre en charge les patients atteints de Maladies Pulmonaires Obstructives Chroniques (MPOC) ou d'hypoxémie aiguë à la suite de leur hospitalisation.

En effet, depuis la pandémie à COVID-19, le recours à l'oxygénothérapie à domicile s'est accentué tout en mettant en évidence, l'opportunité d'optimiser les processus de congés hospitaliers en général. Malgré son efficacité reconnue, la transition entre l'hôpital et le domicile des patients nécessitant de l'oxygène à la maison, présente encore des défis et des risques de ruptures importants.

L'objectif de ce travail est d'analyser le processus tel qu'il est mis en œuvre, sur le plan de la transition sécuritaire, de la continuité, de l'équité et de la durabilité. Une cartographie du processus a été développée de manière très participative et son analyse a permis d'identifier un nombre important de gaspillages, contribuant au ralentissement du processus de congé des patients avec oxygénothérapie. Cinq questions d'évaluation ont aussi été soulevées portant sur : la sécurité et la continuité de la transition de l'oxygénothérapie vers le domicile ; le rôle et les compétences des ressources humaines qui accompagnent le processus ; la qualité de la circulation de l'information entre les intervenants ; l'accessibilité au financement de l'oxygénothérapie à domicile et le modèle organisationnel interne pour renforcer le processus d'amélioration continue.

L'analyse des données collectées montre que le processus actuel, tel que mis en œuvre au sein de l'hôpital est cliniquement robuste jusqu'à la qualification des patients. Cela reste conforme aux normes et standards de la politique interne de l'hôpital, mais aussi de la province de l'Ontario. Toutefois, la poursuite du processus se fait avec un ensemble de ruptures et de fragilités organisationnelles qui ralentissent le processus et créent une certaine incertitude sur la durée des congés hospitaliers avec oxygène. La coordination interprofessionnelle manque de pivot et repose uniquement sur des individus, dont les rôles ne sont pas assez clairs, entraînant des zones grises importantes. L'éducation des patients n'est pas standardisée et semble entièrement externalisée aux fournisseurs d'oxygène. La circulation de l'information est rapide, mais fragmentée. Le modèle de financement est perçu comme accessible, mais avec beaucoup de contraintes administratives et des iniquités selon les profils des patients. Le processus actuel manque aussi d'indicateurs de suivi et de mécanismes de gouvernance structurée, ce qui limite fortement la capacité du service de thérapie respiratoire à mettre en place une démarche d'amélioration continue basée sur des données factuelles.

Des recommandations ont été formulées afin de soutenir une structuration du processus de congé avec oxygène comme un parcours continu : renforcer la coordination, standardiser les processus, développer des outils pour mieux suivre. Améliorer la circulation de l'information entre les acteurs et auditer les dossiers patients tout en instaurant une gouvernance qui s'appuie sur les données probantes, des indicateurs de processus et de résultats pour prendre des décisions, visant à renforcer la qualité, la sécurité et la continuité de la transition des soins des patients de l'hôpital vers leur domicile.

Introduction

Aujourd'hui, l'oxygénothérapie à domicile est devenue une intervention thérapeutique incontournable pour la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires chroniques ou aiguës. En effet, l'oxygénothérapie est reconnue pour ses effets sur l'amélioration de la qualité de vie et la survie des patients présentant une hypoxémie sévère. C'est une pratique qui est soutenue au Canada par des programmes publics, comme le Programme National d'Oxygénothérapie à Domicile (PNOD) au Québec et le Programme d'Appareils et d'Accessoires Fonctionnels (PAAF/ADP) en Ontario. Ces programmes encadrent le financement, l'admission et l'accessibilité de l'oxygène à domicile.

Au Canada et en Ontario en particulier, il existe une norme de qualité concernant la transition de soins de l'hôpital vers la maison, appelée le congé hospitalier. Les chercheurs jugent ce moment particulièrement sensible et critique pour les patients, car il requiert une coordination à la fois clinique et organisationnelle, qui implique les acteurs communautaires et une communication fluide (Health Quality Ontario, 2025).

Ces normes de qualité insistent sur le fait que, si les transitions de soins ne sont pas bien planifiées. Leur mise en œuvre entraînerait des retours fréquents aux urgences ou des réadmissions et une insatisfaction des patients, qui sont pour la plupart des personnes âgées et vulnérables, avec des profils de multimorbidités comme ceux souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

Bien que son efficacité clinique soit démontrée, sa mise en œuvre pose des enjeux organisationnels majeurs, surtout au moment de la transition entre l'hôpital et le domicile. Des recherches révèlent qu'une proportion significative des réadmissions pourrait être évitée si le processus de congé était bien planifié, avec une coordination interprofessionnelle renforcée, un enseignement et une éducation structurée des patients, et un bon suivi post congé.

L'hôpital Montfort, qui à travers son service de thérapie respiratoire, accompagne des patients dans ce processus de congé hospitalier avec oxygénothérapie, a exprimé la volonté de réaliser une évaluation de ce processus, afin d'apprécier la performance, la sécurité, la durabilité et l'équité.

Ce projet s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de services. À l'aide de 5 questions d'évaluation, le présent travail vise à contribuer à l'amélioration des pratiques internes au sein du service de thérapie respiratoire, tout en renforçant les connaissances sur le processus de transition des soins des patients congédiés avec de l'oxygène à domicile.

Le rapport est présenté par une section sur la présentation du contexte de l'étude et de la méthodologie utilisée, suivie de la recension des écrits sur la thématique, ensuite une section qui présente en détail les résultats des analyses. Il se termine avec une discussion articulée autour de chaque question d'évaluation et des recommandations qui en découlent, accompagnée d'une proposition d'indicateurs qui serviront au suivi de la mise en œuvre.

PARTIE I : CONTEXTE, MÉTHODOLOGIE ET RECENSION DES ÉCRITS

Ce travail a été accompli entre le 5 janvier et le 24 avril 2026 au sein du service de thérapie respiratoire au département de cardiologie de l'hôpital Montfort.

Pour répondre plus efficacement aux attentes du mandat, nous avons suggéré une démarche hybride combinant la théorie de programme et la méthodologie Lean. Ces deux approches ont en commun les processus. Nous avons utilisé l'approche Lean pour cartographier le processus de congé des patients, identifier les gaspillages et comprendre ce qui s'y passe et que nous considérons comme étant la boîte noire dans la logique d'intervention de programme.

Cette combinaison permet d'être à la fois stratégique et opérationnelle, de visualiser les écarts entre la conception du projet et sa mise en œuvre réelle (*HAS, 2014*). Elle nous permet aussi de comprendre comment le projet de congé avec oxygénothérapie est censé fonctionner selon les normes, protocoles institutionnels (théorie de programme), et son déroulement réel sur le terrain avec ses contraintes et ses variabilités, et surtout, comment l'on peut concrètement l'améliorer (approche Lean).

A. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION ET DU MANDAT

1. Description de l'organisation

L'hôpital Montfort est l'unique hôpital universitaire francophone de l'Ontario, fondé en 1953. Il est mondialement reconnu pour son modèle de gestion et sa qualité de soins qu'il offre à plus de 1,2 million d'individus de la région Est d'Ottawa. Réputé pour la qualité de ses services et ses soins complets en deux langues (français et anglais), l'hôpital porte une vision audacieuse qui met un accent particulier sur l'amélioration de l'accessibilité, l'adoption de l'innovation et la priorité accordée aux soins personnalisés afin de répondre aux besoins croissants de la communauté.

Couvrant une population qui continue de croître et de plus en plus vieillissante, l'hôpital s'est fixé pour mission dans son dernier plan stratégique 2024-2028, d'être un centre qui offre des soins exemplaires centrés sur la personne et sur les communautés. Un effort global visant à garantir que les soins de santé restent réactifs, équitables et centrés sur le patient.

En tant qu'établissement moderne, centré sur la personne avec des valeurs de compassion, de respect, d'engagement et surtout axé sur des initiatives porteuses, l'hôpital Montfort s'est donné pour ambition de rendre des soins plus accessibles, et plus efficaces à plus de 210 000 patients, dont 80 000 personnes âgées. Annuellement, l'hôpital réalise en moyenne plus de 3000 naissances et plus de 50 000 visites aux urgences. Il comporte près de 331 lits, 7 salles de chirurgie et un site satellite au Carrefour santé Aline-Chrétien situé à Orléans (Hôpital Montfort, 2026)¹.

Selon ses chiffres, il avait, en 2024, plus de 2 800 employé(e)s, dont 432 médecins et sage-femmes, et reçoit chaque année près de 1600 résidents, étudiants et stagiaires et plus de 200 bénévoles (Plan stratégique 2024-2028).

En tant qu'hôpital universitaire, la recherche est aussi au cœur de ses interventions. Il se distingue également par l'enseignement et des services spécialisés, comme l'urgence, les

¹ hopitalmontfort.com/fr, visité le 2 février 2026

accouchements et la chirurgie. Pour cela, l'hôpital est affilié à l'Université d'Ottawa et au Collège LaCité, et possède une diversité de partenaires en matière de recherche grâce à son Institut Savoir Montfort, qui compte 9 chaires de recherche, 143 chercheurs membres, plus de 176 projets de recherche et 13 essais cliniques qui lui ont permis d'être classé parmi les 40 principaux hôpitaux de recherche au Canada (Hôpital Montfort, 2026).

L'hôpital Montfort offre une gamme de services et spécialités, dont le service de cardio-respiratoire au sein duquel s'est déroulé notre stage. Il inclut la cardiologie, la pneumologie et le laboratoire de sommeil.

Le service de cardio-respiratoire relève de la direction des soins intégrés et ambulatoires qui fait partie de la vice-présidence principale des soins aux patients. On y offre une diversité de services et de programmes de réadaptation des services de santé favorisant la participation active du patient atteint de maladie cardiovasculaire ou pulmonaire.

En effet, comme l'ensemble du réseau de la santé au Canada, l'hôpital Montfort fait face à une pénurie de main d'œuvre importante, qui impacte les processus de prise en charge mis en place. La demande en soins de santé est de plus en plus élevée en raison du vieillissement de la population et d'un faible taux de natalité. Cette combinaison peut entraîner un rallongement des temps de prise en charge, mais également des insatisfactions auprès des patients.

2. Contexte du mandat

En janvier 2026, le service de thérapie respiratoire de l'hôpital Montfort, qui offre une gamme de services de soins de santé, incluant l'oxygénothérapie, a recruté un stagiaire conseiller en évaluation de programme, afin de travailler sur leur projet d'amélioration du processus de congé à domicile avec oxygène. Ce projet vise à optimiser les pratiques entourant le congé des patients nécessitant une oxygénothérapie à domicile. Cette initiative découle du constat que le processus actuel de congé des patients nécessitant une oxygénothérapie à domicile se révèle particulièrement complexe au sein de l'établissement.

Par ailleurs, un constat majeur a été fait. La majorité des patients avec de l'oxygène se présentant à l'urgence sont le plus souvent admis en hospitalisation. Pour d'autres patients, leurs besoins en oxygène sont souvent identifiés dès l'admission ou au cours de l'hospitalisation. Le processus de congé de ces patients se révèle donc parfois long et peu standardisé. Cela entraîne des retards dans la prise en charge du congé, des coûts additionnels pour l'hôpital et une qualité de service sous-optimale pour les patients.

Plusieurs actions sont évoquées pour remédier à cela, parmi lesquelles : une meilleure coordination et une meilleure communication entre les différents intervenants ; la nécessité d'une standardisation des processus, la mise en place d'une directive médicale ou d'un algorithme de prise en charge qui répondent aux derniers développements de la science et des politiques nationales ; et la mise à jour si nécessaire des politiques.

Aboutir à ces conclusions et en faire un plan d'action réaliste qui repose sur des faits probants, nécessite la conduite d'une évaluation du processus de congé hospitalier avec oxygénothérapie, car améliorer les processus, consiste à réduire autant que possible, les sources de gaspillages afin d'optimiser la création de valeur ajoutée. Cette démarche requière une attention constante portée aux besoins et aux attentes de la clientèle, dans une perspective d'organisation à la fois efficiente et efficace.

3. Principaux enjeux identifiés, objectifs du mandat et livrables

L'hôpital Montfort a adopté et introduit l'approche Lean dans ses processus d'amélioration de la qualité. Plusieurs membres du personnel ont été formés sur l'approche et l'hôpital dispose d'un département responsable de l'accompagnement des projets Lean. C'est donc dans un contexte d'amélioration de la qualité que les enjeux ci-dessous ont été identifiés au sein du service de thérapie respiratoire :

- **Des lignes directrices gouvernementales peu explicites et peu connues par l'ensemble des acteurs**, entraînant ainsi des interprétations différentes selon les acteurs impliqués dans le processus de congé. Cette absence de clarté normative contribue à une variabilité des pratiques cliniques et administratives.
- **Des difficultés liées à la transmission de l'information et à la coordination des étapes du congé**, notamment en ce qui concerne la communication des résultats cliniques, la gestion des formulaires administratifs, la préparation de l'équipement requis et l'organisation d'un congé sécuritaire pour le patient.
- **L'absence de directive médicale standardisée définissant les étapes précises menant à l'autorisation d'un congé**. Ce qui constitue une source importante de variabilité clinique. Cette situation crée de la confusion, entrave la collaboration interprofessionnelle et occasionne des retards dans la prise en charge. En l'absence de protocoles formalisés, les critères de congé reposent largement sur le jugement individuel des médecins et des thérapeutes respiratoires, ce qui peut favoriser l'émergence de pratiques inégales au sein d'une même unité de soins.
- **La multiplicité d'acteurs impliqués dans le processus de congé**, incluant notamment les médecins, les infirmières praticiennes, les thérapeutes respiratoires et les fournisseurs d'oxygène et de soins à domicile, combinée à une communication interprofessionnelle complexe. Celle-ci est fréquemment multidirectionnelle et s'inscrit dans des contextes cliniques dynamiques.

3.1. Objectifs du mandat

L'objectif assigné au mandat consiste à analyser et à approfondir la compréhension des enjeux associés au processus de congé des patients nécessitant une oxygénothérapie à domicile.

Plus précisément, ce mandat vise à :

- Mener une étude de terrain afin de documenter de manière systématique le processus actuel de congé.
- Recueillir et analyser les perspectives des différents acteurs impliqués, notamment les médecins, les thérapeutes respiratoires, les techniciens et les fournisseurs d'oxygène et de soins à domicile.
- Examiner les dimensions administratives et financières, propres aux cadres provinciaux de l'Ontario et du Québec, relatives à l'accès aux dispositifs médicaux, tels que l'oxygène.
- Identifier les lacunes, les obstacles organisationnels ainsi que les pratiques exemplaires existantes, en vue de formuler des pistes d'amélioration du processus de congé.

3.2. Livrables attendus

A termes, le travail vise à :

- Développer une cartographie de processus permettant d'illustrer de manière structurée les problématiques et les points de friction identifiés tout au long du parcours de congé.
- Concevoir et administrer un outil de collecte de données pertinentes auprès des acteurs clés préalablement identifiés.
- Procéder à l'analyse rigoureuse des données collectées, en mobilisant des méthodes d'analyse appropriées aux informations recueillies.
- Formuler des propositions de solutions potentielles, lesquelles seront soumises à la discussion au sein d'un comité d'évaluation que nous proposerons de mettre en place dès le démarrage du mandat.

B. MÉTHOLOGIE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION

1. Questions d'évaluation

Au regard des principaux défis présentés à la section 1.2, il était impératif de développer une logique d'intervention du projet (voir annexe 1). En combinant cela aux échanges et discussions sur la cartographie du processus de congé des patients avec oxygénothérapie, nous proposons les cinq (5) questions d'évaluation suivantes :

- Le processus de congé en oxygénothérapie assure-t-il une transition sécuritaire et continue vers le domicile ?
- Les ressources humaines et organisationnelles (rôles et compétences des professionnels) permettent-elles une mise en œuvre efficace et de qualité du congé ?
- La circulation de l'information entre les différentes parties prenantes (hôpital, soins communautaires, fournisseurs d'oxygène et patient) est-elle complète, rapide et fiable ?
- Le modèle de financement sur lequel s'appuie le projet permet-il un accès équitable et durable à l'oxygénothérapie à domicile ?
- Les politiques et mécanismes de gouvernance interne soutiennent-ils une amélioration continue du processus des congés avec oxygénothérapie ?

2. Devis d'évaluation

Nous proposons de conduire un devis mixte qui combine des méthodes qualitative et quantitative. Le recours à l'approche mixte se justifie par la complexité de compréhension de certains aspects comme, la perception et le comportement des acteurs, la sensibilité du sujet et la compréhension de leur rôle dans le processus de congé, qui ne peuvent pas s'expliquer seulement par un questionnaire classique.

Nous avons considéré ce travail comme une étude de cas unique. L'hôpital Montfort étant le site de mise en œuvre, il facilite l'explication de l'implantation d'un projet d'amélioration de la qualité que nous considérons comme un cas unique.

Compte tenu de l'objectif recherché et du type d'évaluation (évaluation de processus), l'approche participative² a été retenue. Ce type d'évaluation est utile pour déterminer si un programme est appliqué efficacement et les améliorations à apporter au besoin. Il est également utile pour comprendre les raisons du succès ou de l'échec d'un programme, en ce sens où une bonne compréhension du déroulement de l'intervention peut aider à expliquer ses résultats (Grembowski., 2001).

3. Méthodes de collecte des données

Nous avons eu recours à deux (2) types de données : les données qualitatives et les données quantitatives.

La collecte des données s'est déroulée du 30 janvier au 25 mars. Elle a commencé avec les premières requêtes au service d'aide à la décision. Elle s'est poursuivie avec l'audit des dossiers patients et les observations en continu lorsque les opportunités se présentaient. Les entrevues, quant à elles, ont été réalisées du 9 au 25 mars.

Les données qualitatives ont été collectées à travers différents informateurs clés : Au total trente-sept (37) personnes ont été touchées pour la collecte des données qualitatives. Les entrevues menées ont été à la fois formelles et informelles. Elles étaient formelles lorsqu'elles étaient réalisées avec l'accord de la personne interviewée et parfois enregistrée après l'obtention du consentement. Elles étaient informelles lors d'un recoupage de l'information ou d'interrogation des acteurs.

Le comité d'évaluation mis en place sur nos conseils et composé de 9 personnes (6 personnels de l'hôpital Montfort, donc 3 TR, 2 infirmiers et 1 médecin d'étage et 3 fournisseurs d'oxygène) s'est réuni deux (2) fois. Une première fois pour la revue de la logique d'intervention, la première version de la cartographie du processus de congé, l'identification des gaspillages et la validation des questions d'évaluation. Il s'est encore réuni une seconde fois pour la présentation et discussion des résultats et recommandations. Leurs commentaires et retours ont permis de finaliser les recommandations afin qu'elles répondent aux besoins et soient facilement actionnables.

Concernant les données quantitatives, une requête formulée auprès du service d'aide à la décision de l'hôpital, a permis d'avoir une base de données de cent vingt-six (126) patients ayant fait le test de qualification Arterial Blood Gas (ABG) durant l'année civile 2025. Nous y avons sélectionné de manière aléatoire treize (13) dossiers de patients qui ont été audités, afin de comprendre le flux des informations renseignées à travers l'ensemble du processus, d'évaluer la complétude de celles-ci, de mesurer la qualité et le niveau de documentation des dossiers et finalement de voir si elles facilitent la coordination et la collaboration entre les différents acteurs du processus tel que cartographié plus haut.

Nous avons également recensé dans le système Trace de Masimo SET® de l'hôpital Montfort, cent vingt-cinq (125) patients ayant effectué les autres tests de qualification (18 pour le walk test et 107 pour l'IEA). Malheureusement c'étaient des données incomplètes sur l'année, en raison de la date d'installation du système, ce qui n'a pas facilité leur exploitation.

² Il s'agit d'une approche où l'évaluateur est neutre et plus objectif avec autorité de juger du mérite du projet. Les informateurs clés sont impliqués à titre d'information et de contribution pour la conception des approches, et la validation à chaque étape du processus évaluatif.

a) Etapes et approches de collecte

Nous avons eu recours à un ensemble d'étapes et approches variées pour la collecte de données.

L'analyse documentaire

Dès le démarrage de nos travaux le 5 janvier 2026, nous avons immédiatement commencé l'analyse documentaire, afin de mieux comprendre les enjeux. Cette étape consistait à analyser les documents existant sur le projet ; d'y extraire les données utiles pour comprendre le cadre normatif, clinique et administratif du congé en oxygénothérapie ; d'identifier les attentes institutionnelles et provinciales, et de commencer à reconstituer la théorie du programme. Nous avons analysé plusieurs sources comme : la politique de congé, les lignes directrices cliniques en matière d'oxygénothérapie et transition des soins, les politiques provinciales pour le financement de l'oxygène à domicile, les documents internes utilisés lors des congés, comme les checklists, les formulaires et les procédures...etc.

La logique d'intervention et le plan d'évaluation

A la suite de la revue documentaire, un plan d'évaluation a été développé pour pallier l'absence de la documentation sur le projet en lui-même et des questions d'évaluation. Pour faciliter ce travail, une logique d'intervention du projet (voir en annexe 1) a été développée et discutée avec le comité d'évaluation. Elle permettait de resituer la logique du projet en ressortant les activités, les extraits et les résultats escomptés.

Nous avons également pensé qu'il était judicieux de préciser le mandat en développant ce plan d'évaluation, afin de clarifier notre approche d'évaluation, l'analyse les parties prenantes, préciser les questions d'évaluation et développer une matrice d'évaluation (voir annexe 2) associée aux questions d'évaluation avec critères d'appréciation à utiliser. Tout ceci dans le but de nous accorder sur les orientations concrètes du travail à faire.

Une revue de la littérature

La revue documentaire s'est poursuivie avec la revue de la littérature où nous avons systématiquement examiné les publications scientifiques existantes et récentes, portant sur le processus de congé avec oxygénothérapie. L'accès aux bases de données universitaires de l'ENAP, nous a permis de collecter les publications les plus récentes.

Ainsi, afin de fournir une base solide à notre travail d'évaluation, nous nous sommes posé quelques questions pertinentes à savoir : quels sont les fondements théoriques et cliniques de l'oxygénothérapie à domicile ? quels sont les principaux défis en matière de sécurité et comment peut-on y faire face ? quels sont les rôles et responsabilités des différents acteurs et professionnels impliqués dans le processus de congé ? quels sont les indicateurs de qualité permettant d'évaluer l'efficacité du processus ? et enfin, quels contenus éducatifs et méthodes de formation efficaces sont utilisés pour préparer les patients et leurs proches ?

Le développement de la cartographie

Après avoir fait une revue de la littérature et fait approuver les questions d'évaluation, nous avons entamé le développement de la cartographie des processus (Value Stream Mapping) de congé en utilisant l'approche Lean et avec la participation d'une équipe de personnel et le soutien du département des projets Lean de l'hôpital.

Ce travail a permis de décrire les étapes réelles du processus de congé, tel que mis en œuvre, d'observer les flux réels, les délais de réalisation des différentes étapes, d'identifier les acteurs et le flux d'information circulant entre les acteurs et entre les étapes.

Nous avons ensuite animé une discussion avec le personnel et le comité d'évaluation sur les valeurs ajoutées et les non-valeurs ajoutées. Ce qui a permis de s'accorder sur les gaspillages, les doublons, les retards et les points de rupture. Tout cela nous a permis de comprendre les causes opérationnelles des problèmes observés et de réorienter les questions d'évaluation pour s'assurer qu'elles allaient capter les besoins réels du processus de congé hospitalier avec oxygénothérapie.

b) Outils de collecte des données

Les outils de collecte de données suivants ont été développés :

- Un guide d'entretien semi-structuré pour faciliter la compréhension des perceptions et des avis des professionnels, de clarifier les gaspillages observés sur la cartographie, d'identifier les obstacles non visibles et d'explorer les enjeux d'équipe, de charge de travail, de capacité et de coordination. En fonction de leur disponibilité, nous avons procédé soit par des entrevues individuelles ou des groupes de discussion lorsque c'était possible.
- Un guide pour des groupes de discussion qui reprenait les mêmes thématiques que le guide d'entretien semi-structuré, à savoir : la qualité de la transition hôpital-domicile, la continuité opérationnelle du congé, y compris les délais de prise en charge, le rôle des ressources humaines impliquées, la circulation des informations, la communication entre acteurs et la coordination organisationnelle et systémique.
- Une grille d'observation qui a servi aux observations directes et non participantes de la pratique du personnel de santé durant le processus de qualification des patients tel que cartographié. L'observation s'est étendue aux prestataires de soins à domicile. Cet outil nous a permis d'observer la qualité de la mise en œuvre, la continuité et la coordination des services, les mécanismes de circulation de l'information, l'interaction avec les patients, les capacités des ressources humaines dans la mise en œuvre du processus, surtout en ce qui concerne les aspects de communication et d'éducation des patients.
- Un outil d'audit des dossiers patients a été conçu sur Kobo Collect® pour recueillir les informations sur les différentes étapes du processus et vérifier la complétude des informations collectées ainsi que la manière dont ces dernières sont conservées, utilisées ou partagées avec d'autres acteurs conformément aux politiques provinciales et internes de l'hôpital en matière de congé hospitalier avec oxygène.

4. Méthodes d'analyse des données

Les données collectées ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone portable et sur ordinateur à travers Microsoft Teams. Elles ont été transcrites à l'aide d'une intelligence artificielle TurboScribe.ai. Ensuite, elles ont été nettoyées, anonymisées, organisées, et analysées à l'aide du logiciel Nvivo 15.

Un codage initial a au préalable été constitué à la lecture et relecture du corpus des données, et des questions d'évaluation. Ensuite, de nouveaux codes ont été ajoutés au cours d'une catégorisation déductive selon nos cinq (5) questions d'évaluation. Afin de rester fidèles à notre

approche hybride, pour chacune des questions, nous avons fait une analyse opérationnelle du processus en organisant les sous-thèmes selon le processus clinique réel.

Les données secondaires, quant à elles, ont été analysées à l'aide d'une approche matricielle. Nous avons développé un outil Excel à l'aide duquel chaque document identifié était analysé et examiné selon sa pertinence par rapport à une ou plusieurs de nos questions d'évaluation. Toutes les informations préliminaires ont ensuite été extraites et stockées dans cette base de données Excel. Elles ont ensuite été synthétisées, afin de répondre aux questions d'évaluation et développer les outils d'analyse correspondants, pour faciliter la rédaction. Bien vouloir se référer à l'annexe 2 pour plus d'information sur les indicateurs, les critères d'appréciation et les outils utilisés pour chaque question d'évaluation.

L'ensemble des données analysées ont été triangulées avec les observations et l'analyse documentaire. Notre analyse a aussi permis d'enrichir le modèle logique, de valider les constats Lean et d'identifier les solutions potentiellement réalistes.

Les données cliniques et administratives nous ont permis de mesurer les extrants du projet et d'évaluer la performance du processus sur la base des indicateurs de la matrice d'évaluation. Elles ont fait l'objet d'une simple analyse descriptive. Les sources pour ces données étaient principalement les dossiers patients issus de MEDITECH et de TRACE qui sont les systèmes d'information sanitaire, actuellement utilisés au sein de l'hôpital Montfort.

5. Limites

La première limite de ce travail est le temps. Pour une évaluation sur un sujet aussi complexe que l'oxygénothérapie à domicile, une seule ressource humaine (évaluateur de programme) pour une durée de 16 semaines, était très insuffisante pour aller en profondeur et faire des analyses approfondies sur l'approche hybride comme nous le souhaitions à la suite de la cartographie. Si les données avaient été disponibles et à temps, il aurait été plus intéressant de faire une analyse de Pareto (ou la loi 80/20³), de développer un A3 et un PDCA (Plan Do Control and Act) à la suite.

La seconde limite était l'accès aux données. Les procédures internes de l'hôpital sur les questions d'éthique et de confidentialité ont soulevé des incompréhensions et entraîné des allers et retours qui nous ont retardés et nous ont fait perdre pratiquement trois (3) semaines pour obtenir la base de données des patients ayant fait les tests de qualification à l'oxygène à domicile en 2025. Par ailleurs, pour des raisons d'incompréhension sur l'éthique, nous avons également perdu pratiquement deux (2) semaines avant d'être autorisés à organiser des entrevues avec les patients partenaires qui avaient pourtant préalablement donné leur consentement lors de leur séjour hospitalier.

Une autre limite à ce travail est le peu de personnes interviewées et la difficulté à avoir des entrevues avec tous les intervenants du processus. Par exemple, nous n'avons eu qu'une seule entrevue initiale avec un médecin d'étage. La seconde entrevue approfondie qui était planifiée n'a malheureusement pas eu lieu, en raison de santé durant le reste de notre séjour à l'hôpital.

³ Dans l'approche LEAN, c'est une méthode qui permet d'analyser et organiser les causes des problèmes identifiés. Elle permet de rassembler les données sur les fréquences ou impacts de chaque cause. Ensuite les classer pour identifier les 20% plus significatifs.

Dans l'ensemble, l'accès à cette catégorie supérieure du personnel de santé, qui était aussi nos informateurs clés, a été un défi et constitué une limite sur le nombre de personnes interviewées.

Enfin, la plupart des données primaires collectées auprès des acteurs provenaient de la description qu'ils percevaient du processus de congé. Cela pouvait quelquefois être influencé par le biais de mémoire, la variabilité des pratiques et leur connaissance parfois limitée de la politique encadrant le congé avec oxygénothérapie. Leur objectivité pouvait donc être limitée. Afin d'atténuer cela, notre analyse a fait l'objet de triangulation et les conclusions intermédiaires ont été présentées au comité d'évaluation qui a contribué à leur interprétation et leur affinement.

C. RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette partie, nous faisons l'état des connaissances et une recension des écrits et pratiques sur le processus du congé à domicile des patients avec oxygénothérapie et ses implications pour l'Hôpital Montfort.

Bien que la littérature abonde sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et les moyens de prise en charge, comme l'oxygénothérapie, il faut reconnaître que ces dernières années, la pandémie de COVID-19 a facilité une expansion considérable de l'oxygénothérapie à domicile, obligeant les systèmes de santé à repenser les approches d'optimisation des processus de congé. Ce qui a naturellement entraîné plusieurs recherches et expériences qui permettent d'éclairer les pratiques actuelles.

Une évaluation de processus de congé avec oxygénothérapie implique une compréhension approfondie des meilleures pratiques existantes dans la littérature scientifique, des défis rencontrés et des innovations proposées. Malheureusement, on retrouve très peu d'évaluations qui se sont penchées sur le processus de congé avec oxygénothérapie. Plusieurs études et recherches se sont focalisées sur le processus d'amélioration continue de la qualité des services de santé en milieu hospitalier, sans avoir un regard d'évaluation systématique qui intègre à la fois l'optimisation opérationnelle, mais aussi l'aspect stratégique dans l'ensemble. La volonté de l'hôpital Montfort d'en faire une évaluation pourrait donc contribuer à améliorer les connaissances.

Notre revue a donc essayé d'apporter des éléments d'orientation qui vont faciliter nos réflexions et la suite du travail, afin de contribuer à l'amélioration du processus de congé avec oxygénothérapie au sein de l'hôpital Montfort, et l'avancement des connaissances dans le domaine crucial de la transition des soins.

1. Contexte et fondements théoriques

1.1. Fondements théoriques et cliniques de l'oxygénothérapie à domicile

La littérature est assez diversifiée sur les fondements de l'oxygénothérapie. Selon Gex et Janssens (2007), ils remontent aux deux essais randomisés réalisés en 1980 par le Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT) et en 1981 par le Medical Research Council (MRC) avec environ 300 patients MPOC souffrant d'hypoxémie sévère. Selon Lacasse et al. (2015), ces recherches ont révélé après cinq (5) ans, une mortalité de 45% dans le groupe expérimental composé de patients sous oxygène à long terme, comparativement à 66% dans le groupe de

témoins ne recevant pas d'oxygène. Soit l'équivalent de cinq (5) sujets traités pour éviter un décès.

C'est grâce à ces études que l'oxygénothérapie à domicile a été adoptée comme un standard de traitement et financée majoritairement par des programmes publics, dont le Programme d'Appareils et Accessoires Fonctionnels encore connu en Ontario sous l'appellation d'Assistive Devices Program (ADP) (Ministry of Health, 2024).

L'oxygénothérapie à domicile est donc une pratique thérapeutique prescrite pour corriger ou prévenir l'hypoxémie chronique sévère chez des patients atteints de maladies respiratoires sévères. Elle consiste en l'administration d'oxygène supplémentaire au domicile du patient. Elle est surtout indiquée chez des personnes souffrant de MPOC, de l'insuffisance cardiaque congestive, des fibroses kystiques, des maladies neuromusculaires, des maladies pulmonaires interstitielles, de la dysplasie broncho-pulmonaire chez les nouveau-nés prématurés, de l'hypertension pulmonaire primitive, des maladies de la cage thoracique, de l'apnée centrale et tout récemment, des séquelles respiratoires suite à la covid-19 (Ghimus et al., 2024; Ministry of Health, 2024). Ces patients sont immédiatement qualifiés pour l'oxygénothérapie lorsque leur pression partielle d'oxygène artériel (PaO₂) est ≤ 55 mmHg ou lorsque la PaO₂ est ≤ 60 mmHg en présence d'un cœur pulmonaire ou d'une polyglobulie, avec une saturation en oxygène (SpO₂) $\leq 90\%$ au repos en condition stable (PAAF, 2024.; Gex et Janssens, 2007.; PNOD, 2011.; Shebl et al., 2025).

Au Canada, les provinces ont défini des critères d'admissibilité distincts dans leurs programmes d'oxygénothérapie à domicile. Au Québec, via le PNOD, l'oxygénothérapie de longue durée est financée si des critères stricts de PaO₂ sont respectés (≤ 55 mmHg ou ≤ 59 mmHg avec complications associées), avec une exigence de désaturation significative à l'effort pour certaines prises en charge communautaires (PNOD, 2011.; Lacasse et al., 2015). En Ontario, le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels exige que les patients répondent à des critères médicaux d'hypoxémie au repos (par exemple, SpO₂ basse au repos), déterminés par un clinicien avant la prescription et la fourniture de l'oxygène à domicile (PAAF, 2024).

Ces indications ont pour objectifs de s'assurer que l'oxygénothérapie à domicile est cliniquement justifiée, qu'elle apporte un bénéfice en termes de survie ou de qualité de vie chez des patients qui font réellement une hypoxémie sévère évidente.

1.2. Cadre théorique et la problématique de la transition des soins

Les MPOC sont une des causes majeures de morbidité et de mortalité au Canada et dans le monde. Au Canada en particulier, les MPOC touchent environ 10% de la population adulte et près d'une personne sur cinq, soit environ 20% des personnes âgées de plus de 70 ans (Blazer & Stanbrook, 2023). Selon les analyses récentes de Blazer & Stanbrook (2023), entre 2002 et 2017, les taux d'hospitalisation pour les MPOC en particulier ont augmenté en moyenne de 1,2% par an, malgré une diminution globale de l'ensemble des hospitalisations.

Cette situation entraîne des conséquences organisationnelles et économiques considérables. Bowles (2024) met en évidence une analyse de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), sur les réadmissions hospitalières issues de toutes causes confondues et qui coûtent très chères au système de santé. En effet, en moins de 12 mois, les réadmissions hospitalières dans les 30 jours suivant le congé, concernaient environ 8,5% des patients, pour un coût estimé de

1,8 milliard de dollars. Dans ce contexte, l'optimisation du processus de congé à domicile, est un enjeu majeur pour réduire les réadmissions évitables et améliorer la qualité des soins.

Pour de nombreux patients atteints de MPOC ou en convalescence après une hospitalisation pour insuffisance respiratoire aigüe, l'oxygénothérapie à domicile représente une intervention thérapeutique essentielle. Elle est connue comme une solution, et son efficacité à long terme a été démontrée (Lacasse et al., 2015).

Toutefois, la transition de l'hôpital vers le domicile des patients avec oxygénothérapie, est un moment critique du parcours de soins. Bowles (2024) le décrit comme un « *danger à venir* ». Plusieurs auteurs le présentent comme un moment de grande vulnérabilité et de crainte pour certains patients. Cette étape nécessite une planification minutieuse, une coordination interprofessionnelle de qualité et une préparation adéquate du patient et de ses proches, afin que cette transition se passe bien. Lorsqu'elle est mal gérée ; elle peut entraîner des réadmissions précoces, un danger dans les domiciles des patients et une détérioration de leur qualité de vie (Bowles., 2024 ; Lacasse et al., 2015 ; Sculley et al., 2019).

Bowles (2024) souligne dans son étude que plus de 50% des réadmissions précoces pourraient être évitables. Dans le cas de l'oxygène, plusieurs études ont montré que les évaluations sont souvent incomplètes ou effectuées très tard, avec une documentation et une éducation insuffisante des patients, et des réévaluations post-congé peu fréquentes (Lacasse et al., 2015 ; Sculley et al., 2019 ; Zaidi et al., 2017).

De manière générale, la transition de l'hôpital vers le domicile avec oxygénothérapie s'inscrit dans le cadre de la transition des soins qui fait l'objet d'une attention de plus en plus grande dans la littérature des sciences infirmières. Naylor & Cleave, (2010) mettent en évidence dans leur modèle de soins transitionnels, trois (3) éléments essentiels pour la continuité des soins : la coordination interprofessionnelle, l'engagement actif du patient et ses proches dans la planification et la gestion de la transition.

Le modèle montre une efficacité dans la réduction des réadmissions et l'amélioration des résultats cliniques pour les patients souffrant de maladies chroniques. Ce qui se confirme dans la littérature récente qui montre que, dans le cas de l'oxygénothérapie à domicile, l'application des principes, comme la préparation précoce au congé, l'évaluation complète des besoins du patient et de son domicile, une éducation structurée et un suivi post congé contribuent à des transitions réussies et plus sécuritaires (Nnate et al., 2021).

Par ailleurs, s'il est important de concilier ces principes, il est tout aussi important dans le cadre de la province de l'Ontario de tenir compte de ce que le programme ADP accepte de financer (Ministry of Health, 2024).

1.3. Evolution récente du contexte clinique et enjeux de sécurité et de qualité

Le paysage de l'oxygénothérapie a été profondément transformé par la récente pandémie de covid-19, en raison d'une forte pression sur les services hospitaliers et la nécessité de disposer des lits hospitaliers pour accueillir les cas les plus graves. Plusieurs établissements de la santé ont développé des programmes facilitant le congé précoce de patients nécessitant de l'oxygène. Cette situation a permis de recueillir des données sur la faisabilité, la sécurité et l'efficacité de ces programmes, offrant ainsi des leçons pour l'organisation des soins post covid (Salehi et al., 2023 ; Berg et al., 2022).

Parallèlement, Legge et al. (2025) montrent dans leur étude que des avancées technologiques telles que les services de télésurveillance et d'oxymétrie transmise à distance, ont permis de suivre les patients à domicile et de titrer l'oxygène de manière beaucoup plus précise, tout en détectant les complications plus tôt.

Concernant les enjeux de sécurité et de qualité, la sécurité de l'oxygénothérapie à domicile soulève une préoccupation majeure, surtout en ce qui concerne les risques d'incendie et de risques de brûlures de tout genre associés à l'utilisation de l'oxygène en présence de sources d'inflammation, comme le tabagisme. Dans de récentes études, Horn et al., (2025) et Klas et al., (2026) ont recensé plusieurs incidents graves de ce genre et ont proposé des approches systématiques pour leur prévention.

En plus de la sécurité physique des patients, la qualité du processus de congé est aussi un élément qui influence grandement les résultats cliniques. La littérature nous montre qu'une collecte de données et une évaluation régulière et systématique des indicateurs sont essentielles pour l'amélioration continue de la qualité des programmes d'oxygénothérapie à domicile.

2. Les étapes du processus de congé avec oxygénothérapie

Une analyse rapide de la littérature récente sur les congés avec oxygénothérapie, révèle que c'est un processus qui se déroule de manière séquentielle avec des étapes interdépendantes. Sa mise en œuvre, varie fortement en fonction des établissements hospitaliers et du contexte clinique. Toutefois, il faut dire qu'un processus normal peut intégrer une planification précoce, une évaluation multidimensionnelle, une coordination interprofessionnelle, une préparation du patient et ses proches, y compris son environnement et le suivi post congé.

2.1. L'évaluation clinique et la décision de congé

Elle est considérée comme la toute première étape du processus et vise à déterminer si le patient est stable pour un congé avec oxygène. Plusieurs auteurs mettent l'accent sur l'importance et la rigueur de cette étape, car elle inclut la mesure de la saturation en oxygène du patient à l'air ambiant encore appelé Arterial Blood Gas (ABG) et sous oxygène ; l'évaluation de la fonction respiratoire ; l'identification des comorbidités et l'évaluation de la capacité de ce dernier à gérer son traitement à domicile (Kapur et al., 2020).

Dans le cadre d'un programme néonatal, Legge et al. (2025) décrivent une approche basée sur les données objectives, facilitant une prise de décision plus précise grâce à l'utilisation des téléchargements réguliers d'oxymètre permettant de déterminer le moment optimal, pour initier l'oxygénothérapie à domicile et pouvoir ajuster le débit d'oxygène.

Toutefois, pour les patients MPOC il est fortement recommandé par les sociétés savantes d'avoir une évaluation complète avant tout congé. Celle-ci doit prendre en compte les paramètres respiratoires, la capacité du patient à utiliser correctement les inhalateurs, à reconnaître les signes d'exacerbation et à pouvoir accéder aux soins de suivi (Białas et al., 2026).

2.2. La décision multidisciplinaire et la planification

Une décision de congé de patient avec oxygénothérapie n'est pas une décision prise de manière individuelle par un seul clinicien, mais plutôt le résultat d'une décision multidisciplinaire. Nnate et al. (2021) décrivent un processus de planification de congé dans une unité respiratoire,

comme une approche collaborative impliquant une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de thérapeutes respiratoires, de pharmaciens et des travailleurs sociaux. Cette approche permet une évaluation holistique du patient et une planification plus complète de la transition.

Selon la littérature, un processus idéal de décision multidisciplinaire devrait intégrer : une revue de l'évolution clinique et la stabilité du patient ; une évaluation des besoins en oxygène et les cibles de saturation ; une évaluation de l'environnement domiciliaire et des ressources disponibles ; une identification des barrières potentielles au congé et l'élaboration d'un plan de soins personnalisé avec les modalités de suivi (Nnate et al., 2021).

2.3. La prescription et l'organisation logistique

Cette étape intervient une fois que la décision de congé est prise. Une prescription formelle de l'oxygénothérapie est établie en précisant le débit d'oxygène, la durée d'utilisation quotidienne, soit en continu, nocturne ou à l'effort, les cibles de saturation et la durée estimée du traitement.

L'organisation logistique, quant à elle, comprend la coordination avec les fournisseurs d'oxygène et d'équipement médical, afin d'assurer la livraison et l'installation des équipements nécessaires au domicile du patient. Cela doit se faire avant ou immédiatement après le congé.

Plusieurs auteurs soulèvent l'importance d'une vérification préalable d'une adéquation de l'équipement avec le domicile et l'environnement du patient, afin de s'assurer d'une disponibilité de source fiable d'électricité pour le concentrateur d'oxygène et de l'espace pour le stockage des équipements (Salehi et al., 2023).

Berg et al. (2022) nous apprend que durant la pandémie de covid-19, certains programmes ont mis en place un processus accéléré permettant une livraison rapide des équipements à partir des services d'urgences ou juste quelques heures suivant la décision de congé.

2.4. L'éducation et la formation des patients avant le congé

Cette étape met l'accent sur l'éducation du patient et de ses proches. Elle est une étape essentielle, car elle permet de commencer les échanges et les apprentissages du patient plusieurs jours avant son congé et de faciliter l'assimilation des informations sur l'oxygène, tout en lui permettant également de poser des questions nécessaires. Elle peut se faire de manière progressive avec des sessions répétées facilitant la compréhension.

Cette étape vise aussi à rassurer le patient sur son futur mode de vie, qui devra intégrer l'oxygène en fonction de la prescription. Henrichs & Flynn Makic, (2021) mettent en évidence dans un projet visant l'amélioration de l'adhérence à l'oxygénothérapie, l'importance d'une éducation des patients, accompagnés d'une vérification de leur compréhension avant le congé.

Au regard de l'importance de cette étape, nous y avons consacré une partie détaillée dans cette revue de la littérature.

2.5. La planification du suivi post-congé

C'est une composante critique du processus de congé. Elle est malheureusement souvent négligée (Mador, 2021). Elle devrait inclure : l'identification du professionnel de santé en charge du suivi, qui peut être soit le médecin de famille, le pneumologue ou le thérapeute respiratoire ; l'identification des points de contact pour toute question urgente ; la

programmation des rendez-vous ; et la détermination des critères pour le sevrage progressif du patient en oxygène.

Plusieurs auteurs repris par Mador (2021), relèvent le rôle crucial et central des thérapeutes respiratoires dans le suivi post-congé et surtout pour ce qui concerne l'ajustement du débit d'oxygène et la décision de sevrage. Les expériences sur certains programmes utilisant les appels téléphoniques dans les premiers jours du congé ont permis d'identifier les problèmes et d'ajuster le plan de suivi et de soins.

2.6. La documentation et la communication

Afin d'assurer une continuité des soins de qualité et une communication efficace avec les professionnels de soins et des services communautaires, il est important qu'une documentation complète du processus de congé soit faite. Ce résumé de congé devrait prendre en compte : le diagnostic et l'évolution clinique ayant abouti à la prescription d'oxygène ; les paramètres de prescription de l'oxygène ; les objectifs de saturation visés ; l'éducation fournie au patient et/ou à ses proches ; le plan de suivi et les coordonnées des professionnels de la santé qui auront la charge du suivi.

C'est dans ce sens que Nnate et al. (2021) rappelle l'importance d'une communication entre l'équipe hospitalière et les professionnels de soins primaires. Cette dernière doit être bi-directionnelle et permettre à la fois la transmission d'information, mais aussi la clarification des rôles et responsabilités dans le suivi du patient.

D'une manière générale, on constate dans la littérature qu'il y a un manque de consensus sur les protocoles standardisés sur les étapes de congé en matière d'oxygénothérapie. Dans lignes directrices existent, mais leur mise en œuvre varie selon les contextes et selon l'existence ou non d'une politique et/ou d'une directive médicale pour encadrer ces étapes et faciliter les rôles et les actions des professionnels impliqués.

3. Rôles des professionnels et la coordination interprofessionnelle

3.1. Le rôle déterminant et central des thérapeutes respiratoires

Les thérapeutes respiratoires sont identifiés dans la littérature comme le rôle central et déterminant dans le processus de congé avec oxygénothérapie. Mador (2021) les identifie comme des *“ingrédients essentiels pour un congé avec oxygénothérapie sûr”*. Cette reconnaissance s'appuie sur l'expertise technique que ces profils techniques apportent, à savoir : l'évaluation des besoins en oxygène et la recommandation des paramètres de prescription ; la sélection de l'équipement approprié en fonction des besoins du patient et de son environnement ; la formation des patients et de leurs proches sur l'utilisation des équipements ; l'évaluation de la sécurité du domicile et la fourniture de conseils afin de réduire le risque au maximum et le suivi-post congé qui inclut l'ajustement régulier du débit d'oxygène et la décision de sevrage.

Legge et al., (2025) concernant le programme néonatal mentionné plus haut, décrit bien le rôle déterminant des thérapeutes respiratoires qui contribuent à l'évaluation technique et la formation des parents sur l'utilisation des équipements d'oxygénothérapie et d'oxymétrie à domicile.

3.2. Le leadership des infirmiers et infirmières

Selon la littérature les infirmières jouent aussi un rôle central de leadership et de coordination dans les programmes d'oxygénothérapie à domicile. Surtout dans la prise en charge des patients plus jeunes dans les services néonataux et pédiatriques.

Dans un modèle d'oxygénothérapie complet pour les nouveau-nés atteints de maladie pulmonaire chronique, Legge et al., (2025) présentent les infirmières comme celles qui coordonnent l'ensemble du processus, de l'évaluation initiale à la formation des parents et au suivi-post congé.

Ce rôle inclut une liste exhaustive de responsabilités en lien avec les étapes d'un congé avec oxygène. Il s'agit de l'évaluation des besoins du patient et de sa famille ; de la coordination entre les différents professionnels ; de l'éducation du patient et de ses proches sur la gestion globale et sur les aspects techniques de l'oxygénothérapie ; de l'évaluation de la préparation du patient au congé et du suivi post-congé par des appels ou des visites à domicile (Deng et al., 2021).

3.3. Le rôle des médecins et d'autres professionnels impliqués

Comme médecins dans cette catégorie, on retrouve les pneumologues, des internistes ou des pédiatres. Ils ont la responsabilité de prendre la décision de congé, de la prescription des examens et de la prescription de l'oxygénothérapie. Leur rôle couvre généralement l'évaluation de la stabilité clinique du patient et son éligibilité pour un congé avec oxygénothérapie ; la prescription de l'oxygène avec les paramètres spécifiques associés ; l'identification et la gestion des comorbidités pouvant influencer la transition vers le domicile et la disponibilité pour la prise en charge des complications post-congé (Tevis et al., 2022).

Concernant d'autres professionnels impliqués dans le processus de congé, Tevis et al., (2022) identifient les pharmaciens et inhalateurs qui jouent un rôle dans la révision de la médication, l'interaction médicamenteuse et l'éducation des patients à l'usage de l'oxygène. On a aussi les travailleurs sociaux qui évaluent les ressources sociales et financières du patient, son isolement social, ses difficultés financières et facilitent son accès aux ressources communautaires. Parfois, le nutritionniste peut intervenir pour certains patients souffrant de MPOC sévère ou de malnutrition, afin de faciliter leur récupération et leur capacité fonctionnelle. Enfin ; il y a les physiothérapeutes et ergothérapeutes qui évaluent la capacité fonctionnelle du patient, afin de déterminer s'il aura besoin d'aide pour faciliter sa mobilité avec les équipements d'oxygène.

3.4. Le modèle de coordination interprofessionnelle et les défis de coordination

En matière de processus de congé avec oxygénothérapie à domicile, plusieurs modèles de coordination interprofessionnelle sont décrits dans la littérature.

On peut évoquer le modèle de réunion multidisciplinaire proposé par Nnate et al.(2021), où une équipe pluridisciplinaire se réunit périodiquement pour examiner des patients prêts à quitter l'hôpital, pour partager les évaluations de chaque professionnel et pour élaborer un plan de congé concerté. Ce modèle garantit la prise en compte des besoins du patient et favorise la prise de décision partagée.

Il y a aussi le modèle de coordination par un professionnel pivot. C'est un modèle qui peut être efficace lorsque les réunions multidisciplinaires formelles se tiennent difficilement. Dans ce cas, un professionnel, le plus souvent une infirmière ou un thérapeute respiratoire, assume le

rôle de coordonnateur en facilitant la communication entre les différents professionnels et la cohérence du plan de soins (Nnate et al., 2021).

Enfin, il y a le modèle de parcours clinique standardisé. En effet, selon Nnata et al. (2021), certains établissements de santé ont choisi d'instaurer en matière de congé avec oxygénothérapie un parcours clinique standardisé. Ce parcours définit clairement les rôles et responsabilités de chaque professionnel à chacune des étapes du processus de congé. Ce modèle favorise l'efficacité et la cohérence. Il permet également une prise en compte personnalisée des besoins du patient.

En effet, malgré l'existence des différents modèles de coordination interprofessionnelle et la reconnaissance de son importance, plusieurs défis persistent. Une revue de la littérature permet d'identifier, entre autres : le manque de temps pour les réunions multidisciplinaires, surtout dans les environnements hospitaliers surchargés ; l'absence de système d'information facilitant la communication ; les rôles et responsabilités peu clairs ; la forte transition du personnel avec les changements de quarts et rotations qui peuvent fragmenter la continuité des soins.

Selon Nnata et al. (2021), améliorer la collaboration interprofessionnelle exige des investissements organisationnels. Cela permet de consacrer du temps à la collaboration, au développement de système d'information intégrés, à la formation interprofessionnelle et à la clarification des rôles et responsabilités de tous les professionnels impliqués dans le processus du congé.

Nous constatons en général que peu d'études comparent directement les modèles de programmes d'oxygénothérapie à domicile, selon qu'ils soient pilotés par des infirmiers ou par des thérapeutes respiratoires, en lien avec les indicateurs de résultats ou de processus que nous présentons plus loin à la section 8.

4. Les expériences des patients, des proches et des professionnels

4.1. Les patients et leurs proches

Les expériences des patients et leurs proches dans la littérature mettent plus l'emphase sur leurs vécus et les changements occasionnés dans leur vie à la suite du congé avec l'oxygénothérapie.

Tikellis et al. (2023) décrivent d'une part des perceptions positives comme le soulagement de la dyspnée, l'amélioration de la capacité à marcher, le sentiment de sécurité, et d'autre part des perceptions mitigées, comme le sentiment de perte d'indépendance, la stigmatisation sociale et les difficultés en lien avec les déplacements et le transport des appareils.

Chez les patients MPOC, une étude de Giacomini et al. (2012) montrait déjà des expériences similaires avec l'anxiété des patients qui concevaient l'oxygène comme « *un marqueur de fin de vie* », certains rapportaient des inquiétudes pour la sécurité, notamment la peur des incendies, des pannes et même du manque d'oxygène durant leur sommeil. Beaucoup de patients avaient des confusions quant à la durée du traitement et au rôle exact de l'oxygène (Giacomini et al., 2012 ; Tikellis et al., 2023).

Quant aux proches des patients, ils évoquent la charge de travail accrue due à l'entretien des appareils, le suivi des rendez-vous et la coordination avec les fournisseurs de soins (Graney et al., 2017 ; Belkin et al., 2014, cités par Tikellis et al., 2023).

4.2. Les professionnels et les fournisseurs de soins

Une étude de Sculley et al. (2019) aux Etats-Unis, rapporte que les professionnels ont identifié, dans le processus, de multiples ruptures de la chaîne de soins en lien avec l'oxygénothérapie. Ils énumèrent, entre autres, le manque de clarté des ordonnances, la documentation limitée ou absente dans les résumés de congé, la faible implication des inhalothérapeutes dans l'éducation au congé, la réduction drastique du rôle éducatif des fournisseurs d'équipement, en raison de la compression des financements.

Ces constats sont tout aussi pertinents pour le processus de congé avec oxygénothérapie à l'hôpital Montfort, même si le contexte est un peu différent.

Par ailleurs, nous constatons dans la littérature, comme l'affirme aussi Suta et al. (2020) que peu d'études qualitatives explorent les expériences des patients et de leurs proches afin de mieux comprendre leurs besoins, préférences, perspectives et satisfaction.

5. La continuité des soins et la transition hôpital-domicile

Ces deux notions sont entièrement liées, et doivent faire l'objet d'une attention particulière dans un processus de congé avec oxygénothérapie.

Haggerty et al. (2003) ont conceptualisé la continuité des soins en trois dimensions, à savoir : la dimension informationnelle qui met l'accent sur la transmission complète, exacte et à jour de l'information entre professionnels ; la dimension de gestion qui fait référence à la cohérence et à la coordination des plans de soins et enfin ; la dimension relationnelle avec la stabilité de la relation thérapeutique patient-professionnel.

En appliquant ces dimensions aux patients respiratoires, Dummer et Stokes (2020) soulignent le fait que la transmission hôpital-domicile est un moment où la continuité des soins est fortement menacée et particulièrement chez les patients MPOC présentant les comorbidités.

Leurs résultats font état du fait que jusqu'à 20% des patients présentaient au moins un effet indésirable dans les deux (2) semaines qui suivaient le congé. Au moins la moitié de ces effets indésirables étaient évitables. Les plus fréquents étaient en lien avec les médicaments, en particulier les erreurs de dosage, de duplication ou d'omission, et aux examens de suivi non réalisés (Kripalani et al., 2007 ; Williams et al., 2015, cités par Dummer & Stokes, 2020).

5.1. Les déterminants sociaux et les réadmissions chez les patients MPOC

L'un des déterminants sociaux les plus marquants en lien avec l'oxygénothérapie, reste les inégalités socio-économiques. Blazer & Stanbrook, (2023) montrent dans leur étude que les patients atteints de MPOC appartenant au quintile le plus faible sont 5,7 fois plus susceptibles d'être hospitalisés que ceux appartenant au quintile le plus élevé. Ces derniers présentent aussi les taux de réadmission à 30 jours les plus élevés (Gershon et al., 2019).

L'aspect linguistique apparaît aussi dans la littérature comme un déterminant important. Bien que cela ne sera pas un des éléments de notre analyse de processus, nous pensons néanmoins que cela pourrait être pertinent pour l'hôpital Montfort qui dessert une population francophone en deux langues dans un environnement majoritairement anglophone. En effet, une étude réalisée à Toronto sur des patients ayant des limites avec l'anglais montrait que ces derniers

avaient un risque significativement accru de réadmission ou de retour aux urgences (Rawal et al., 2019).

L'accès à une information claire dans la langue la plus appropriée ou préférée par le patient sur l'oxygène et le plan de congé est donc un déterminant essentiel si l'on veut renforcer la continuité des soins et la transmission hôpital-domicile, afin d'éviter les ruptures.

Par ailleurs, nous constatons que les aspects d'équité et de disparités sont très peu abordés dans la littérature en matière d'accès à l'oxygénothérapie à domicile.

6. Education et formation des patients et leurs proches

6.1. Importance, contenu et objectifs de l'éducation

Le succès de l'oxygénothérapie à domicile dépend de la compréhension, de l'engagement et de la participation du patient et de ses proches. Une éducation structurée et complète favorise l'autonomie du patient, facilite son adhérence au traitement et réduit les complications potentielles tout en garantissant sa satisfaction. A l'inverse une éducation et une formation inadéquates peuvent entraîner une mauvaise utilisation des équipements, des risques de sécurité, comme des incendies, une mauvaise adhérence au traitement pouvant le prolonger et provoquer de l'anxiété chez le patient et sa famille.

Selon Legge et al. (2025), les objectifs de l'éducation en oxygénothérapie sont multiples. Ils visent à assurer la compréhension par le patient et ses proches du rôle central de l'oxygénothérapie dans le traitement, à développer ses capacités d'utilisation des équipements, à lui enseigner la surveillance des signes vitaux et la reconnaissance des signes d'alerte, à encourager des comportements sécuritaires pour prévenir les incidents et, enfin, à favoriser l'intégration de l'oxygénothérapie dans sa routine quotidienne.

Pour l'auteur, une formation complète des proches du patient sur l'utilisation de l'équipement d'oxygénothérapie à domicile doit inclure des démonstrations pratiques permettant à ces derniers de manipuler l'équipement sous supervision avant le congé.

Plusieurs programmes intègrent également l'apprentissage aux patients ou leurs proches sur l'utilisation correcte d'un oxymètre de pouls à domicile. Ils sont formés à interpréter les lectures de saturation en oxygène ; connaître les cibles de saturation et les différentes conditions et aussi être à mesure d'ajuster le débit d'oxygène ou de contacter un professionnel de santé le cas échéant.

6.2. Les méthodes et approches pédagogiques utilisées

Il ressort de la littérature, l'importance d'adopter des méthodes pédagogiques variées et adaptées aux besoins du patient. Il est surtout recommandé de privilégier un enseignement verbal et des démonstrations. Cela doit combiner les éléments de l'enseignement traditionnel, comme les explications verbales et les démonstrations pratiques. Son efficacité est renforcée lorsque le patient a l'occasion de pratiquer sous une supervision et de poser des questions de compréhension.

L'usage du matériel écrit est aussi recommandé. Ce sont des documents présentant les instructions étape par étape, les listes de vérification et des numéros de contacts importants

servant de référence. Ces documents doivent être accessibles et rédigés dans un langage clair et adapté au niveau du patient (Suta et al., 2020).

Les supports visuels et les vidéos peuvent aussi faciliter la compréhension. Certains programmes utilisent des vidéos éducatives que le patient peut visionner selon son rythme d'apprentissage.

La littérature recense plusieurs méthodes d'apprentissage permettant l'autonomie rapide du patient. On peut citer la méthode teach-back, qui invite le patient à expliquer ou à démontrer ce qu'il a appris, afin de vérifier sa compréhension et identifier les lacunes à corriger. Plusieurs publications recommandent d'ailleurs l'utilisation de cette méthode avant le congé (Suta et al., 2020).

L'approche progressive et répétée est aussi une autre méthode d'apprentissage qui a fait ses preuves pour l'assimilation des pratiques chez plusieurs profils divers, notamment les personnes âgées ou des personnes présentant des déficits cognitifs. Pour cela, l'éducation n'est pas concentrée en une seule session avant le congé, mais plutôt étalée sur plusieurs jours permettant une assimilation progressive de l'information.

Suta et al. (2020) identifient aussi l'implication des proches, et mettent en évidence le rôle clé et l'expérience des mères d'enfants prématurés sous oxygène. Un rôle central dans la gestion de l'oxygénothérapie à domicile.

Tout ceci met en évidence l'importance d'adapter l'éducation aux caractéristiques et aux besoins de certaines populations spécifiques, comme les personnes âgées, ceux ayant une barrière linguistique, ceux ayant un niveau de compréhension insuffisant et les parents de nouveau-nés et d'enfants.

7. Innovations et technologies de télésurveillance pour soutenir l'oxygénothérapie

Ces dernières années, plusieurs innovations ont été développées en faveur de l'oxygénothérapie et, comme mentionné plus haut, la pandémie à covid-19 a contribué à accélérer ces progrès et à proposer des approches visant à accélérer et à soutenir le congé hospitalier. Nous abordons ici quelques-unes de ces innovations.

7.1. L'oxymétrie transmise à distance

Elle représente en matière d'oxygénothérapie, l'une des innovations les plus prometteuses de ces dernières années. Grâce à cette technologie, le patient peut enregistrer ses données de saturations en oxygène à domicile. Elles sont ensuite automatiquement transmises aux professionnels de la santé pour des analyses et servir à des ajustements au traitement en cours.

Une étude de Rhein et al. (2020) sur l'oxymétrie à domicile et l'oxygénothérapie à domicile chez les nourrissons prématurés a permis un suivi objectif et facilité la prise de décision sûre concernant les ajustements du débit d'oxygène et le moment de sevrage optimal. Selon les auteurs, cette technologie peut permettre de réduire la durée totale de l'oxygénothérapie et offrir un sevrage plus précoce et sûr.

Cette approche basée sur les données objectives améliore la sécurité et l'uniformité des pratiques. C'est le cas de Legge et al., (2025) qui décrivent comment les infirmières utilisent

les téléchargements de l'oxymétrie pour déterminer le début et le titrage d'oxygène à faible débit chez les nouveau-nés atteints de maladie pulmonaire chronique.

7.2. La télésurveillance et la télémedecine

En plus de l'oxymétrie, il existe aussi des approches plus complètes de télésurveillance et de télémedecine qui ont été développées durant la covid-19. Plusieurs expériences ont rapporté la mise en place de programmes sécuritaires des patients nécessitant l'oxygène nasal après covid-19 grâce à la télémedecine.

Elle offre la télésurveillance des signaux vitaux, des consultations vidéo avec des professionnels et un accès facilité pour les questions et préoccupations.

Dinh et al. (2021) expliquent que cette approche permet un congé précoce sécuritaire tout en maintenant une surveillance clinique appropriée. Pour Berg et al. (2022), l'utilisation de la télésurveillance à domicile et de l'oxygénothérapie chez les patients atteints de Covid-19 semble sûre aux urgences. Cette innovation permet de désengorger les hospitalisations pour certains patients et leur garantie également une surveillance appropriée.

Une évaluation conduite par Herwerden et al., (2021) sur la sécurité, la satisfaction et la rentabilité de la télésurveillance à domicile et de l'oxygénothérapie chez les patients atteints de covid-19, a permis d'arriver à la conclusion que cette approche est sécuritaire et bien acceptée par les patients et elle est aussi rentable pour l'hospitalisation prolongée.

8. Résultats cliniques et indicateurs

Henrichs et al. (2021) avancent que, pour mieux apprécier la performance et la qualité d'un système d'oxygénothérapie à domicile, un établissement de santé a besoin d'indicateurs de résultats et d'indicateurs de processus.

- Les indicateurs de résultats et d'efficacité les plus utilisés dans les recherches sont : le taux de mortalité et de réadmission, l'adhérence au traitement, la qualité de vie et la satisfaction des patients.
- Quant aux indicateurs de processus servant à mieux apprécier la qualité d'un projet d'oxygénothérapie à domicile, Rhein et al. (2020) suggèrent le taux de formation complétée, le délai de livraison de l'oxygène à domicile, l'implication des thérapeutes respiratoires, les réunions multidisciplinaires, la communication avec la communauté et le suivi post-congé

Aux termes de cette recension des écrits, il ressort de nos analyses que plusieurs études focalisent plus sur des résultats à court terme avec des indicateurs comme la réadmission à 7 ou 30 jours, la mortalité précoce, ...etc. Toutefois, bien que ces indicateurs donnent des éléments d'appréciation, très peu abordent vers des indicateurs qualitatifs à long terme, comme la qualité de vie, la capacité fonctionnelle et la survie. Ces indicateurs de long terme sont pourtant étroitement dépendants de la réalisation des indicateurs de processus.

PARTIE II : RÉSULTATS

Cette partie présente l'ensemble des résultats de l'analyse réalisée à l'aide des données collectées. Avant de présenter les résultats dans le détail et les articuler autour de nos cinq (5) questions d'évaluation, nous présentons brièvement les caractéristiques sociodémographiques de nos informateurs clés.

A. Caractéristiques socio-démographiques des informateurs

Les analyses ci-dessous ont été faites sur la base des données collectées auprès des personnes volontaires, qui ont bien voulu partager de leur expérience, pour faciliter ce travail.

En effet, 37 personnes ont participé à cette étude de différentes manières, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

16	Personnes au total ont été interviewées en entrevues semi-structurées et groupes de discussion.
4	Professionnels ont fait l'objet d'observations non participantes, dont 1 fournisseur de soins à domicile.
2	Groupes de discussion ont été organisés avec 4 personnes.
7	Personnes ont participé aux deux rencontres de développement de la cartographie.
9	Personnes ont participé au comité d'évaluation représentant les différentes parties prenantes impliquées dans le processus.

Seize (16) personnes ont été interviewées, donc dix (10) femmes et six (6) hommes.

Leurs âges variaient entre 26 et 72 ans et plus.

Ils sont majoritairement les acteurs du processus de congé étudié, et travaillent pour la plupart (n=9) à l'hôpital Monfort, n=4 travaillent pour des compagnies d'oxygène et n=3 sont des patients partenaires de l'hôpital, dont une (1) proche aidante.

La majorité des participants à l'étude sont des thérapeutes respiratoires (n=11), n=2 sont des infirmiers cliniciens et n=3 sont des retraités.

Le projet d'amélioration du processus de congé avec oxygénothérapie s'inscrit dans une démarche normale d'amélioration continue de la qualité au sein de l'Hôpital Montfort.

Il vise à mettre en place un modèle de soins collaboratif et interprofessionnel avec pour but d'améliorer l'accès aux soins pour les patients avec une optimisation des processus depuis l'urgence et même dans les unités de soins.

B. Question d'évaluation 1 : Le processus de congé avec oxygénothérapie assure-t-il une transition sécuritaire et continue vers le domicile ?

Dans cette partie, nous abordons les aspects de la transition des soins vers le domicile des patients. Cela couvre la qualité de la mise en œuvre et la continuité des services dans le processus de congé hospitalier.

1. Un processus de congé séquentiel focalisé sur la décision et non sur le parcours

La cartographie du processus de congé, développée avec les acteurs impliqués, met en évidence un processus de transition des soins vers le domicile structuré selon une logique que nous qualifions de séquentielle et des étapes relativement linéaires. Elle commence par un déclenchement du congé, lorsque le médecin déclare le patient stable ; et se poursuit par l'identification des besoins ; la qualification clinique ; la transmission des informations ; le congé effectif du patient et sa prise en charge par les compagnies d'oxygène partenaires.

L'analyse de cette cartographie et des entrevues menées auprès des informateurs clés révèle que le processus du congé avec oxygénothérapie est organisé de façon séquentielle, mais avec des points importants de fragilité organisationnelle.

C'est le médecin qui juge de l'opportunité et du besoin d'oxygène en fonction de l'état jugé stable du patient. Ce déclenchement peut se faire aux urgences comme durant l'admission. Toutefois, on constate que peu de cas de congés sont effectifs à partir des urgences. Environ 62% des patients MPOC sont systématiquement admis.

Le thérapeute respiratoire (TR) conduit le processus de qualification clinique du patient en réalisant les examens demandés par le médecin. En fonction des résultats, il déroule plusieurs actions conformément à la figure 1 ci-dessous de la cartographie.

Constat :

La temporalité indéfinie et non standardisée à chaque étape du processus de congé des patients avec oxygénothérapie. On observe aussi plusieurs gaspillages et temps d'attente considérables pour le patient.

Toutefois, le constat majeur qui est fait est que la temporalité du processus de congé avec oxygène est complètement incertaine et peu normée au sein de l'hôpital.

Certaines étapes importantes à valeur ajoutée du processus, nécessitant très peu de temps (15 minutes), comme la communication des résultats

des tests d'ABG au patient et l'obtention de son consentement pour la transmission de ses informations personnelles à la compagnie d'oxygène choisie, peuvent connaître des temps d'attente extrêmement variables et parfois longs (jusqu'à 240 minutes). Ce qui a pour conséquence d'avoir des cas de congés avec oxygène effectifs en moins de 72 heures. Et parfois, d'autres cas qui peuvent s'avérer longs, en fonction de plusieurs facteurs, essentiellement humains et matériels ; par exemple la disponibilité des thérapeutes respiratoires et surtout des médecins, qui doivent émettre de nouvelles ordonnances, prescrire des médicaments ou encore signer les referral forms.

En effet, une fois la qualification clinique du patient établie, on observe une disparition progressive du thérapeute respiratoire et le processus se déplaçant vers des aspects administratifs et logistiques. On se retrouve plus dans une logique de réalisation des tâches et non d'accompagnement des patients.

Constat :

Le thérapeute respiratoire n'est présent sur l'ensemble du processus qu'aux moments de la qualification clinique, et la remise de la bombonne d'oxygène au patient.

Ces gaspillages observés entraînent des retards et des attentes pour les patients, qui prolongent le processus de congé. En plus de ces gaspillages et retards, le processus met également en évidence la fin de l'implication active des acteurs hospitaliers et l'entrée en action d'autres acteurs dans la transition de soins vers le domicile.

Le tableau 1 ci-dessous montre les éléments relevés à la suite de l'analyse des différentes étapes de la cartographie du processus actuel. Il met en évidence les points de ruptures actuelles et les gaspillages observés sur la figure 1.

Figure 1 : La cartographie du processus de congé avec oxygénothérapie au sein de l'hôpital Montfort

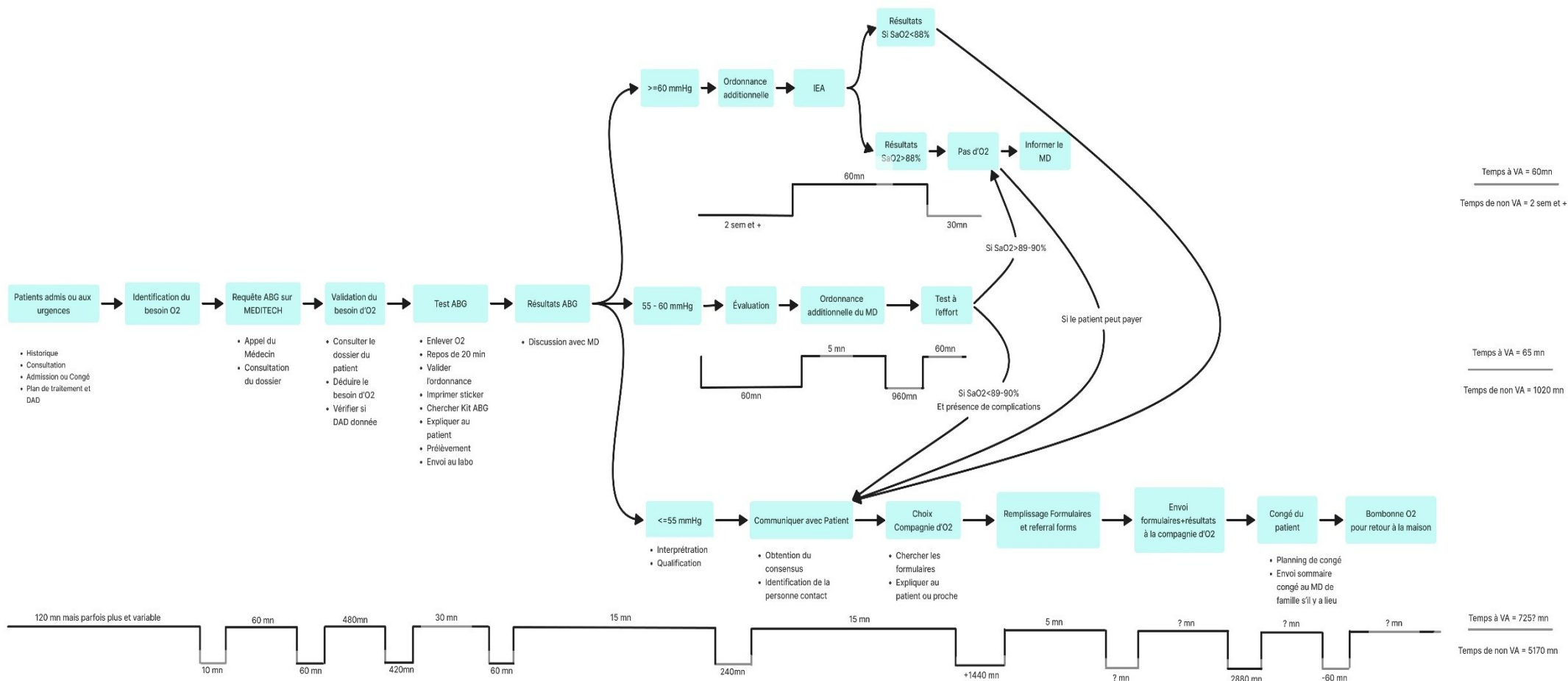


Tableau 1 : Analyse de la cartographie et mise en évidence des gaspillages

Étapes du processus	Points de ruptures et gaspillages
Patients admis ou aux urgences	<p>Au niveau des urgences on remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une réticence des urgentologues à faire des congés sur oxygène aux urgences : 62% des patients MPOC aux urgences sont systématiquement admis. • L'inexploitation des ressources disponibles même en urgence, comme la télésurveillance des patients, COPD Wellness program. • Une faible coordination avec les fournisseurs d'oxygène en cas de congé avec oxygène aux urgences. • Les médecins ne sont pas assez informés de ces opportunités.
Identification des besoins d'oxygène	<ul style="list-style-type: none"> • On observe souvent un titrage prolongé et difficile à identifier. Il y a comme un manque de standard entre les infirmières. Ce qui entraîne une transformation excessive, une attente et un talent perdu.
Requête ABG sur MEDITECH	<ul style="list-style-type: none"> • On observe une absence de notifications réelles lorsqu'elles sont faites dans le système, ce qui entraîne une perte de temps et une attente.
Validation du besoin d'oxygène	<ul style="list-style-type: none"> • A cette étape, on observe que, parfois les thérapeutes respiratoires sont pris par une multitude de requêtes et ne peuvent pas toujours y répondre avec célérité. Ce qui entraîne des attentes. • L'absence de directive médicale pour faciliter et formaliser les actions des cliniciens entraîne un manque de fluidité et une inefficacité dans le processus.
Tests et résultats d'ABG	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de notifications comme un biper lorsque les résultats sont disponibles afin d'accélérer le processus entraîne des attentes. • Pour des résultats d'ABG de PaO₂ compris entre 55 et 60 et >60 mmHg, on a un gaspillage également. En effet, tous les patients avec ces résultats sont obligés d'attendre une nouvelle ordonnance du médecin avec de faire un walk test de qualification et de validation. On ne devrait envoyer les patients au Independant Exercice Assessment (IEA) uniquement lorsqu'ils désaturent à l'effort (le MD doit être informé). • On a aussi observé que les patients qualifiés au IEA repartent sans oxygène à la maison et sans actions d'éducation.
Suite qualification clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois les résultats obtenus, le thérapeute respiratoire est dépendant des ordonnances pour poursuivre le processus de qualification clinique (Walk test et IEA). • Les médecins sont disponibles pour faire ces ordonnances. Mais comme c'est une tâche administrative supplémentaire, cela entraîne une attente, une perte de temps et du talent perdu.
Communication avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient n'est pas systématiquement éduqué sur l'oxygénothérapie depuis l'hôpital, conformément à la politique DXTX 160 sur le congé avec oxygénothérapie. Cette tâche semble être laissée aux fournisseurs d'oxygène.
Choix du fournisseur	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix éclairé du patient de son fournisseur d'oxygène n'est pas toujours systématiquement fait par les cliniciens. • Certains fournisseurs ne sont pas toujours disponibles 24/7 comme ils le disent. Et le choix est souvent laissé à la préférence des médecins ou des TR
Remplissage des formulaires (fournisseurs, referral forms, dossier patient et formulaires ADP)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de standards sur le remplissage de ces documents. • Les TR ne connaissent pas le formulaire ADP et ne savent pas qu'ils peuvent le signer. • Absence de plusieurs informations dans le dossier patient, qui n'est pas toujours bien documenté par le TR.

Coordination et suivi
(envoi des formulaires,
congé du patient)

- On observe un retrait du TR du processus, une coordination interprofessionnelle insuffisante.
- Une faible coordination avec les médecins de famille.
- Une absence d'indicateurs de suivi, de tableau de bord et d'instance de coordination au niveau du service de thérapie respiratoire ou du département de cardiologie.
- Absence d'audit de vérification de performance du processus des dossiers patients sur les congés avec O₂.

2. La qualification clinique comme socle central de la décision de congé avec oxygène

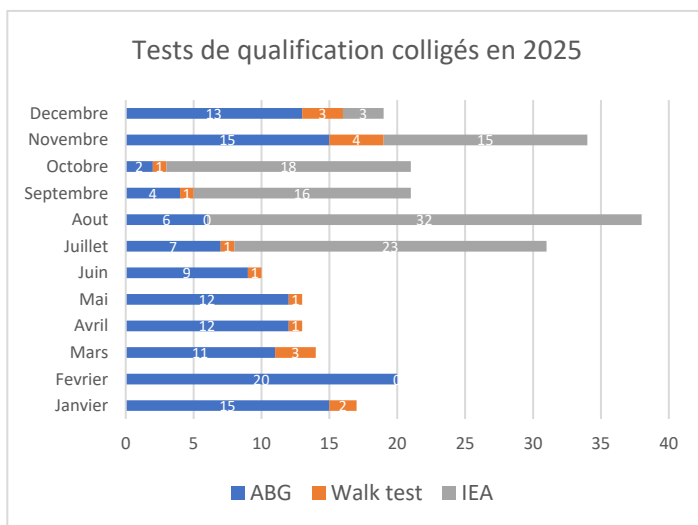
La transition des soins vers le domicile est d'abord structurée autour d'une qualification clinique rigoureuse. Elle repose sur l'utilisation des leviers de décision immédiats, comme l'ABG, l'oxymétrie, le 6 minutes walk test et/ou d'un IEA.

Cette qualification est normée par une complexité clinique déterminée par des critères fixés par l'ADP. C'est une étape importante, car elle détermine la prise en charge du patient pour la disponibilité et la continuité de l'oxygénothérapie à domicile selon le programme ADP. Ces seuils cliniques sont connus et appliqués par les TR, ce qui garantit une sécurité à la décision médicale.

Le test ABG est le principal outil de qualification clinique utilisé. Les données collectées auprès du service d'aide à la décision montrent que cent vingt-six (126) patients ont eu à faire ce test de qualification en 2025.

Toutefois, il a été observé que lors de la réalisation des tests ABG, les TR n'observent pas toujours les directives recommandées pour cet examen. Notamment, la nécessité que le patient fait 30 minutes à l'air ambiant avant la prise de sang. *"Je pensais que c'était 20 minutes, mais là, je sais maintenant que c'est 30 minutes."* (P3, Thérapeute respiratoire).

L'analyse des données montre aussi des qualifications tardives. En effet, celles-ci sont conduites à la requête du médecin lorsqu'il juge le patient stable. Ce qui arrive souvent en fin de séjour aux admissions. Toutefois, la validité d'un test ABG est de 30 jours. Il pourrait être fait beaucoup plus tôt, dès que le patient est considéré stable, afin de faciliter une qualification précoce, et éviter, pour certains patients, des précipitations de congés en cas de pression sur le flot.



Les autres leviers de décision clinique comme le 6 minutes walk test et l'IEA sont aussi utilisés pour faciliter la qualification clinique des patients présentant une PaO₂ compris entre 55 et 60 ou supérieur à 60 mmHg. Sur l'année 2025, 18 patients seulement ont été recensés dans la base de données pour le 6 minutes walk test et 107 patients seulement pour le IEA entre juillet à décembre 2025, comme le montre la figure ci-contre.

Les analyses des données collectées montrent que le recours à ces deux leviers

n'est pas systématique et est parfois ralenti par les gaspillages, comme la dépendance aux ordonnances additionnelles, l'indisponibilité des médecins et la non-intégration systématique du walk test comme examen complémentaire à la suite d'une non-qualification immédiate sur ABG. Ce qui peut potentiellement avoir un impact sur la continuité opérationnelle des services.

3. Une continuité opérationnelle dépendante des dispositions logistiques

La continuité observée sur l'ensemble du processus de congé avec oxygénothérapie repose, sur un dispositif logistique très apprécié et qualifié d'efficace par les acteurs. La disponibilité des bombonnes d'oxygène des fournisseurs au sein de l'hôpital continue de sécuriser cette transition : *"À Montfort en particulier, ils ont nos bombonnes de transport déjà dans leur hôpital."* (P8, Fournisseur d'O2). Cette organisation assure une continuité opérationnelle sans délai.

De plus, la réactivité des fournisseurs et l'existence de mécanismes de services après-vente sont également appréciées par les patients. Ils soulignent la rapidité d'intervention des fournisseurs d'oxygène à domicile, parfois dans des délais très courts, comme le rapporte une proche aidante d'un patient. *"Ils sont venus très vite. En une demi-heure, une heure, ils étaient chez nous, et puis ils nous ont branchés à la maison."* (P6, Patient partenaire).

Dans l'ensemble, il est important de relever que cette continuité ne repose pas sur une approche systémique planifiée et pilotée. Elle reste conditionnée aux dispositions logistiques, comme la disponibilité des bombonnes d'oxygène, le moment de la décision du congé et une coordination avec les fournisseurs externes. En absence d'un de ces maillons, la transition se retrouvera fragilisée ou retardée. Ce qui rend particulièrement visibles les limites du processus.

4. Des ruptures et des gaspillages critiques entre la qualification et l'effectivité du congé

Bien que le processus actuel de congé avec oxygénothérapie se déroule sur une base solide, il révèle une fragilité de la transition de soins avec une série des ruptures entre le moment de la qualification et l'effectivité du congé proprement dit.

Ces ruptures ont des effets directs sur l'expérience vécue par le patient. Elles sont présentes sous différentes formes et sont marquées par des retards liés aux signatures des prescriptions et ordonnances, à l'indisponibilité d'un proche à domicile, à la qualité de la circulation de l'information, à l'incertitude de coordination et aux dispositions structurelles du processus.

Une observation sur le terrain illustre ce genre de situation : *"Il a qualifié pour de l'oxygène à la maison conformément aux critères de l'ADP, mais malheureusement, il est reparti sans oxygène."* (P13, Observation IEA). Ce type de discontinuité expose le patient à un risque qui est parfaitement évitable, soit lors de son retour à la maison ou même lors d'un effort quelconque.

Selon les données analysées, la transition vers le domicile apparaît fragilisée au moment où elle devrait être la plus sécurisée. Notamment avec le décalage entre la décision clinique et les mécanismes opérationnels visant à rendre le congé effectif. C'est l'un des moments les plus vulnérables du processus de congé avec oxygénothérapie. Ce qui accentue les délais et les incertitudes, comme le soulève un des acteurs du processus : *"On attend que le médecin signe [...] et pendant ce temps-là, tout est prêt, mais le patient ne peut pas partir."* (P14, Observation ABG).

5. Une expérience de transition variant selon les profils de patients

L'analyse des données et des observations de terrain montre une grande variabilité des expériences de transition des soins vers le domicile, vécu par les patients. Cette variabilité s'explique par leur profil, leur niveau d'autonomie, de compréhension et l'existence de soutien social obtenu.

Cette transition apparaît comme fluide et sécurisante pour des patients autonomes ayant peu de soutien familial et de bonnes capacités d'adaptation. Ces derniers décrivent une transition mise en place sans inquiétudes, avec l'appui de professionnels et accompagnée d'une compréhension adéquate des consignes. Un des patients partenaires raconte avec un sentiment de contrôle sur la situation *"j'ai exigé lors de mon congé de l'hôpital, que les consignes d'éducation soient mises sur du papier."* (P9, patient partenaire).

Pour d'autres patients, et particulièrement ceux nouvellement exposés à l'oxygénothérapie, la transition apparaît difficile, surtout pour ceux présentant des autonomies limitées et/ou ayant besoin d'un soutien social. Pour ceux-là, les données montrent une difficulté de compréhension sur l'utilisation de l'oxygène (en continu ou au besoin). Pour ces derniers, une préparation psychologique devrait se faire dès l'hôpital, afin de les aider à assimiler leur vie future avec l'oxygène et à réduire leur inquiétude, comme le mentionne une des proches aidantes : *"C'était déjà très difficile, puis avec l'oxygène qu'on ne connaissait pas, ça devenait vraiment angoissant."* (P6, proche aidante).

Constat :

La préparation psychologique des patients à vivre dorénavant avec une bombonne d'oxygène n'est pas présente dans le processus cartographié.

Il est donc clair que l'absence d'une préparation standardisée ne peut que contribuer à des expériences différentes de transition de soins vers le domicile, mettant certains patients plus à risque, dans des situations difficiles pendant les premiers jours suivant leur congé.

Cette préparation est aussi déterminante pour éviter les cas de réadmissions des patients car, si une transition de soins n'est pas bien organisée et accompagnée, il y a de fortes chances d'enregistrer des taux de réadmission élevés.

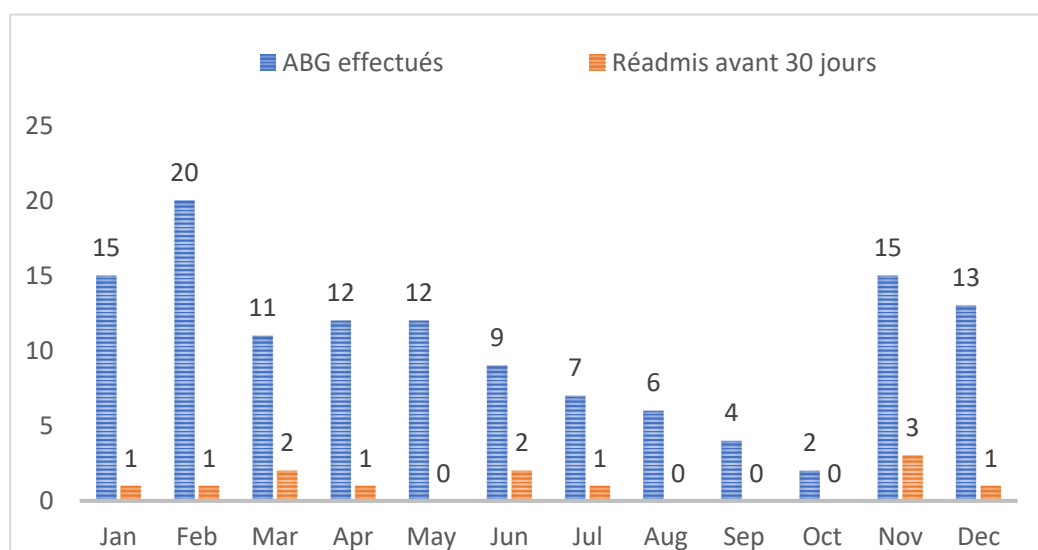
Comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous, conformément aux données de 2025 de l'hôpital Montfort, sur les 126 patients ayant fait un test de qualification ABG, 12 (soit environ 9,5%) ont été réadmis dans les 30 jours suivant leur congé. C'est le cas de ce patient partenaire qui a dû retourner aux urgences, juste six (6) jours après son congé : *"je suis retourné aux urgences. Je n'étais vraiment pas bien. Nous sommes sortis le 5 et retournés à l'urgence le 11 au matin"* (P6, patient partenaire).

Ces expériences différenciées des patients se poursuivent également dans la phase post-congé.

6. Une continuité post-congé assurée par les partenaires

L'analyse de la cartographie et des données collectées montre qu'une fois le congé effectif au sein de l'hôpital, la continuité des services de santé avec oxygénothérapie à domicile repose essentiellement sur les fournisseurs d'oxygène et les services communautaires. Ce transfert commence au moment de la qualification clinique avec la transmission par fax des données personnelles du patient à la compagnie choisie.

Graphique 1 : Tests ABG de qualification clinique et nombre de réadmission en 2025



Si la continuité post-congé apparaît comme réelle, elle est alors très peu intégrée au système hospitalier. C'est une responsabilité qu'elle transfère au communautaire et majoritairement portée par les fournisseurs externes. Plusieurs informateurs clés mentionnent ce transfert de responsabilité : *"Lorsque les patients sont partis, c'est vraiment la compagnie qui leur fournit l'oxygène qui fait le suivi. Nous, on n'a plus grand-chose à faire"* (P1, thérapeutique respiratoire).

Les compagnies d'oxygène qui prennent ce relais le font, selon les recommandations de l'ADP qui couvre juste trois (3) visites à domicile par an par patient. Toutefois, ces derniers les trouvent insuffisants et rapportent qu'ils réalisent plus de visites régulières de suivi à domicile auprès des patients en plus des services de suivi à distance que certains ont mis en place. Ces services contribuent à rassurer le patient : *"ils appellent souvent pour voir si tout va bien, ça me rassure"* (P6, patient partenaire).

Cependant, même si les données nous montrent que le suivi post-congé est très bien exécuté par les fournisseurs d'oxygène, ces derniers ne sont pas systématiquement informés lors des recours aux soins en cas d'urgence ou de réadmission des patients.

"Malheureusement, les patients, ils ne nous informent pas quand ils retournent à l'hôpital. C'est soit à l'hôpital qu'ils vont nous informer, des fois, mais ça, ça arrive rarement aussi." (P8, fournisseur d'O2).

"Souvent, c'est quand on essaie de prendre contact avec eux pour aller faire une livraison, qu'ils nous disent « Ah oui, ça fait deux semaines que je suis à l'hôpital ». Donc, c'est souvent la manière qu'on l'apprend." (P4, fournisseur d'O2).

Malgré ce transfert, l'hôpital reste le recours des patients en cas d'urgence, mais cette fois avec très peu d'information sur l'évolution de l'état de santé du patient depuis son congé. Ce transfert entraîne donc une fragmentation de l'information, un manque de rétroaction vers l'hôpital et une absence d'information sur le suivi formel, limitant ainsi les capacités de l'hôpital à réévaluer le patient et à identifier les situations de risque pouvant servir aux

apprentissages et à intégrer dans une démarche d'amélioration de la qualité du processus de congés.

Synthèse en lien avec les enjeux évaluatifs et les critères d'appréciation : *la qualité et la continuité.*

Les résultats portant sur cette première question d'évaluation montrent que le processus de congé avec oxygénothérapie au sein de l'hôpital Montfort est sécuritaire sur le plan clinique, surtout au moment de la décision. Elle est soutenue par une qualification clinique robuste, rapide et basée sur les critères universellement reconnus et adoptés par l'ADP en Ontario.

Toutefois, la continuité du processus censée assurer une transition de soins vers le domicile apparaît fragile et inégale. Cela s'explique par la mise en place d'une structure séquentielle et de sa dépendance aux outils logistiques et une faible intégration du suivi post-congé.

C. Question d'évaluation 2 : Les ressources humaines et organisationnelles permettent-elles une mise en œuvre efficace et de qualité des congés avec oxygène ?

Cette partie se focalise sur les ressources humaines dans le processus de congé avec oxygénothérapie. Elle apporte un éclairage sur leurs rôles, compétences et actions de suivi dans la continuité organisationnelle du processus. Elle aborde aussi la question du leadership, visant à instaurer une coordination des apprentissages pour l'amélioration continue du processus.

1. Un rôle de thérapeute respiratoire central, mais absent dans la coordination

Les données mettent en évidence le rôle central du thérapeute respiratoire dans le processus de congé des patients nécessitant de l'oxygénothérapie. Il est celui qui dirige l'évaluation des besoins, la qualification clinique, le titrage d'oxygène, aide à sélectionner la compagnie d'oxygène et remplit les formulaires et referral forms avant de les soumettre à la signature du médecin.

Tout au long du processus, les TR sont reconnus comme la référence en matière d'expertise et d'interprétation des paramètres respiratoires. Ils réalisent les tests requis par les médecins traitants, notamment les ABG, les walk tests et les IEA. Ils apprécient et conseillent les médecins sur la pertinence clinique de l'oxygène à la maison. Les données analysées révèlent que tous nos informateurs clés sont unanimes sur la qualité de cette expertise.

Constat :

Le thérapeute respiratoire joue un rôle déterminant dans la qualification clinique des patients à l'oxygénothérapie. Malheureusement, il est peu présent dans la coordination du congé et l'accompagnement du patient dans la transition de l'hôpital vers le domicile.

Toutefois, ce rôle reste essentiellement clinique et n'est pas suffisamment utilisé pour les aspects de coordination des congés avec oxygène. Dans le processus actuel de congé tel que cartographié plus haut, le TR est impliqué jusqu'à la qualification complète et la transmission de l'information. Il ne joue aucun rôle de pilotage du congé, comme le souligne ce clinicien : *"Quand le RT a terminé le gaz et qu'il a le résultat, on a le sentiment qu'il disparaît du processus. Il revient seulement quand on lui dit que le patient doit partir"* (P11, infirmier). Cette limite est également partagée par une gestionnaire : *"On ne ressent pas la responsabilité du RT dans tout le processus... On fait l'ordonnance, mais on n'appuie pas le processus, on ne suit pas le patient"* (P5, gestionnaire).

On observe sur le terrain une sorte de dissociation entre l'expertise détenue par le TR, et son rôle comme acteur central de la coordination des congés.

2. Une expertise humaine jugée suffisante, mais avec une organisation de travail fragile

Presque 100% de nos informateurs clés sont unanimes sur la qualité des ressources humaines disponibles à l'hôpital Montfort. Ils pensent également que le nombre est relativement suffisant et que la charge de travail est globalement gérable. Plusieurs cliniciens reconnaissent que le nombre de congés avec oxygène reste relativement limité, ce qui permet de ne pas trop surcharger les TR.

Cependant, même si les données statistiques confirment des chiffres relativement modestes en termes de nombre de congés, les échanges et des observations réalisées, permettent de dire que ces affirmations cachent une certaine fragilité organisationnelle.

En effet, l'organisation du travail en place, qui veut qu'un seul TR couvre plusieurs unités de soins, limite sa capacité à participer aux réunions d'équipe des unités qui se tiennent le plus souvent aux mêmes heures, à soutenir plusieurs congés simultanément, et à apporter un soutien continu dans les moments critiques des congés. Surtout qu'en couvrant les unités de soins, un TR a la responsabilité de couvrir également le centre familial de naissance, de soutenir tous les patients avec des besoins d'oxygène supérieur à 40% sur l'ensemble des unités de soins, d'exécuter les examens diagnostics et autres examens respiratoires. Il fait des évaluations respiratoires et est aussi membre de l'équipe d'urgence.

Ce cadre d'encadrement reconnaît cette difficulté : *"Si on a une seule personne pour les six étages, il ne peut pas participer effectivement à tous les congés"* (P5, gestionnaire).

Toutefois, si nos informateurs affirment que les ressources humaines sont suffisantes sur le plan théorique et décrivent la charge du travail comme étant variable en fonction du contexte (jour, soirs, fins de semaine), la réalité sur le terrain avec l'absence de structuration et de mécanismes de priorisation claire, rendent difficile l'effectivité et l'efficacité du soutien au processus de congé avec oxygène.

3. Une coordination des congés centrée sur des personnes et non sur un système

L'analyse des données montre que, le succès des congés repose davantage sur l'engagement et le dynamisme de certains acteurs clés, comme les chefs d'équipe et certains professionnels expérimentés.

En effet, en l'absence d'une structure standardisée où les rôles sont clairement assignés sur l'ensemble des étapes du processus, la qualité des congés est dépendante de la disponibilité et de la vigilance de ces personnes qui supervisent des équipes au niveau des unités de soins. C'est un peu ce que nous révèle cet informateur : *"C'est important d'avoir une personne en tout temps sur l'unité. [...] c'est une culture qu'on a instaurée nous autres au XA"* (P11, infirmier).

Cette pratique permet de compenser les lacunes structurelles relevées plus haut, mais révèle surtout la vulnérabilité du processus en raison de l'organisation du travail qui repose sur des modèles centralisés.

Cette dépendance au dynamisme d'un individu entraîne indubitablement une variabilité des pratiques selon les unités de soins et limite fortement l'identification des facteurs de succès et la transférabilité des pratiques considérées comme bonnes.

Sur le plan de la gouvernance clinique, la coordination est perçue comme largement réactive et non systématisée, comme le souligne cette gestionnaire : *"C'est du un à un... c'est très réactif, ce n'est pas propre. Ce n'est pas systématique"* (P5, gestionnaire). Ce qui montre qu'en absence de mécanisme institutionnel intégré à ceux existants, la coordination des congés avec oxygénothérapie apparaît comme dépendante de personnes, exposant ainsi le processus à des risques de ruptures en cas d'absence de ces personnes.

4. Des zones grises fragilisant l'interprofessionnalité

Il ressort de l'analyse des données qualitatives qu'une multitude de zones grises interprofessionnelles autour des responsabilités des TR, des infirmières et des médecins sur le processus de congé avec oxygénothérapie.

En effet, la clarification des rôles reste incomplète. La politique sur l'oxygénothérapie de l'hôpital cite à plusieurs reprises des actions qui doivent être faites par le TR ou l'infirmier autorisé (IA). Une telle imprécision contribue à renforcer les chevauchements et les zones grises d'action entre ces professions.

Plusieurs informateurs ont aussi relevé une absence de rôles standards et certaines confusions de rôles et de tâches, en matière d'éducation du patient, de coordination des congés et de la facilitation du choix des fournisseurs d'oxygène. C'est l'exemple partagé par ce chef d'équipe : *"Il y a des RT qui vont le faire, il y a des infirmières qui font le faire, dépendamment de la situation"* (P11, infirmier).

Il faut dire que ces chevauchements de rôles, bien que soutenus par la bonne volonté des intervenants, ont pour conséquence de limiter la standardisation du processus et occultent la responsabilité individuelle de ces derniers. Ces ambiguïtés contribuent surtout à une variabilité des pratiques entre les unités et peuvent entraîner des confusions auprès des patients.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} mars 2025, le CRTO⁴ autorise les TR à transcrire l'ordonnance valide du médecin ou de l'infirmier praticien (IP) sur le formulaire ADP et à le signer pour faciliter les demandes de financement d'oxygène pour le patient qualifié. Une pratique qui n'est pas encore effective au sein de l'hôpital Montfort. Ce sont encore les médecins, malgré leurs agendas surchargés qui signent ces formulaires ADP. Ce qui, sur le plan de l'amélioration de la qualité constitue des gaspillages à savoir : une attente, une perte de temps et du talent perdu.

Synthèse en lien avec les enjeux évaluatifs et les critères d'appréciation : *la capacité et la qualité de mise en œuvre*

Nos résultats montrent que le processus actuel de congé avec oxygène dispose des ressources humaines avec des compétences cliniques reconnues ; c'est le cas des TR. Toutefois, on constate que la coordination, la détermination des rôles et l'organisation du travail ne sont pas assez structurées pour soutenir efficacement le processus de congé qui, au lieu de reposer sur des mécanismes institutionnels formels, repose plutôt sur des individus et les fournisseurs de services communautaires.

⁴ College of Respiratory Therapists of Ontario qui est l'ordre régissant la profession dans la province.
<https://www.crto.on.ca/fr/members/exercice-de-la-profession/4382-2/>

D. Question d'évaluation 3 : La circulation de l'information entre les parties prenantes est-elle complète, rapide et fiable ?

La circulation de l'information dans un processus de congé avec oxygène est un élément essentiel de sa performance et de sa capacité de prise en charge rapide des patients. La présente question d'évaluation se focalise sur les modes de transmission, la qualité et la complétude des informations transmises à la fois entre les acteurs du processus, mais aussi en direction du patient, afin de garantir la bonne utilisation de l'oxygène durant son traitement.

1. Une transmission rapide et efficace de l'information clinique et décisionnelle

Nos analyses montrent que l'information clinique, généralement nécessaire à la prise de décision, circule efficacement et rapidement entre les acteurs hospitaliers. C'est le cas des tests et résultats d'examen requis, comme l'ABG et autres. Ils sont disponibles dans un délai très court et discutés entre le TR et le médecin qui les a prescrits, afin de faciliter la prise de décision. Les notes des observations sur le terrain nous ont permis de le constater à plusieurs reprises : *"10 minutes plus tard, les résultats étaient déjà sur MEDITECH"* (P12, observation ABG).

Cette fluidité permet une prise de décision clinique rapide sans attente et perte de temps, surtout dans les contextes d'urgence où la disponibilité de l'information renforce la sécurité du processus de congé. Elle facilite aussi les échanges interprofessionnels. C'est ce que relève ce TR : *"Lorsque les résultats sortent, on les voit tout de suite et on en parle avec le médecin pour décider si le patient qualifie ou pas"* (P2, thérapeute respiratoire).

Toutefois, il faut dire que l'efficacité de l'information sur un processus de congé avec oxygène ne se limite pas uniquement au niveau de la décision clinique. Bien qu'elle soit le premier maillon solide de la chaîne, il est indispensable que sa complétude atteigne les autres acteurs du processus et limite les pertes de temps et les autres gaspillages observés. C'est ce que nous analysons dans les thèmes suivants.

2. Des informations hospitalières incomplètes et fragmentées

L'analyse des données révèle que l'information clinique circule bien, surtout au niveau interprofessionnel. Mais l'information hospitalière demeure incomplète et fragmentée. Des lacunes importantes ont été relevées lors des audits des dossiers patients. Il en ressort une grande variabilité des informations renseignées dans le système d'information sanitaire utilisé à ce jour. Par exemple, sur les treize (13) dossiers audités, les dates anticipées de congé étaient manquantes sur six (6) dossiers. Et la documentation des tests ABG n'était pas assez fournie et complète dans sept (7) dossiers.

De même, nous avons aussi analysé le sommaire de congé des patients, et il ressort que les informations, comme le nom du fournisseur d'oxygène choisi, les paramètres de prescription, le plan de suivi et les éléments sur l'éducation fournies aux patients étaient manquantes dans près de dix (10) dossiers sur treize (13).

Ces constats sont également faits par un chef d'équipe d'une unité de soins : *"Des fois, le patient est qualifié, il choisit son fournisseur d'oxygène, mais ce n'est pas renseigné dans son dossier médical"* (P11, infirmier).

Il faut dire que cette fragmentation des informations s'accroît avec la rotation du personnel, l'absence d'un tableau de bord structuré et d'une liste de patients avec un processus de congé activé. Ce type d'outil pourrait faciliter la visibilité globale des patients à suivre et à accompagner de manière sécuritaire et conforme.

Nous constatons donc que, malgré l'existence des informations, leur traçage et consolidation demeurent difficiles. Ce qui ne facilite pas la continuité informationnelle. Certains acteurs nous ont confié qu'ils sont parfois obligés de multiplier les appels téléphoniques pour avoir les informations manquantes. Nous abordons cela en détail dans le thème qui suit.

3. Une circulation informationnelle nécessitant des corrections répétitives

Pour pallier les failles de l'information hospitalière, les fournisseurs d'oxygène ont adopté des actions qui leur permettent de le rattraper le plus rapidement possible. Ainsi, c'est le plus souvent grâce aux appels téléphoniques qu'ils réussissent à compléter les données manquantes, lorsqu'ils sont sollicités par fax pour assurer la prise en charge d'une transition de soins vers le domicile. Quelques prestataires communautaires se confient :

"L'information n'est jamais complète. Le service à la clientèle doit toujours appeler pour avoir ce qui manque, comme le power of attorney ou le flot d'oxygène" (P8, fournisseur d'oxygène).

"Les informations qui manquent souvent comme le POA, la date et le temps de congé, on manque le flot, donc le litre par minute d'oxygène et parfois la date de l'ABG, etc." (P10, fournisseur d'oxygène).

Bien que ces ajustements nécessaires soient rattrapés assez rapidement, afin de permettre au processus de se poursuivre sans retards, ils entraînent néanmoins un coût en termes de temps, comme le déplore cet acteur *"C'est faisable, mais c'est très manuel. Ça prend du temps et des ressources"* (P5, gestionnaire). De plus, la dépendance aux supports papiers et au fax renforce cette logique d'allers et retours, même si elle permet de faire avancer le processus. La circulation de l'information repose plus sur les individus, plutôt que sur des outils structurants. Cela peut également impacter la qualité de l'éducation faite aux patients.

4. Une éducation du patient peu consistante et externalisée

L'éducation du patient en matière de congé à domicile avec oxygène est capitale, pour assurer une transition sécuritaire et une efficacité du traitement. Cela constitue l'un des moyens visant à leur garantir une autonomie.

L'analyse des données révèle que les patients reçoivent, au moment de leur congé, une information hétérogène. Certains patients la trouvent claire et rassurante, tandis que d'autres la trouvent peu claire et incomplète. C'est le cas particulier de l'utilisation de l'oxygène et de la durée du traitement comme le rapporte une proche d'un patient *"On ne savait pas s'il devait prendre l'oxygène 24h sur 7 ou seulement au besoin. Ça n'était pas clair du tout"* (P6, proche aidante).

Il y a aussi comme une confusion sur les acteurs qui doivent conduire l'éducation des patients. Certains pensent que c'est la responsabilité exclusive des fournisseurs d'oxygène, mais la politique de l'hôpital, stipule que *"le TR doit fournir de l'enseignement et de l'information au patient et répondre aux questions/inquiétudes en ce qui concerne l'oxygène à domicile"*.

Même si le contenu de cet enseignement au niveau de l'hôpital n'est pas assez explicite, il est logique que l'enseignement du patient ne doive pas se limiter qu'aux aspects mécaniques d'usage de la bombonne d'oxygène, comme c'est le cas actuellement.

Normalement, le temps qui s'écoule entre la qualification effective du patient pour de l'oxygène à la maison et son départ de l'hôpital devrait servir pour aborder plusieurs aspects de l'éducation et de l'enseignement. Malheureusement, ce n'est pas le cas dans le processus actuellement déroulé au sein de l'hôpital Montfort. Plusieurs acteurs et informateurs reconnaissent que l'éducation est limitée à des explications basiques et largement transférée aux fournisseurs d'oxygène. Une proche d'un patient le dit : *"A l'hôpital, on nous a montré comment ouvrir l'oxygène, mais pas tout le reste"* (P6, Proche de patient).

Le stress hospitalier qui peut entourer le congé du patient avec oxygène peut justifier cette externalisation de l'éducation et de l'enseignement, qui crée des conditions d'apprentissage plus approfondi dans un environnement propre au patient. Les fournisseurs d'oxygène disent consacrer assez de temps d'enseignement avec les patients une fois à domicile, et ont également conçu des supports sous forme de livrets bien détaillés qu'ils remettent aux patients : *"c'est vraiment à la maison que les patients sont plus réceptifs. On prend le temps de tout expliquer étape par étape"* (P8, fournisseur d'oxygène).

Par ailleurs, pour des patients nouvellement qualifiés, une externalisation de l'éducation et de l'enseignement peut engendrer une rupture informationnelle entre l'hôpital et le domicile, et contribuer à des cas de réadmissions.

Enfin, l'absence de standards et de contenus éducatifs clairs ou de mécanismes de coordination avec les fournisseurs d'oxygène, qui ont des outils éducatifs propres à leur organisation, peut entraîner une expérience inégale en termes d'information chez les patients. Ceci met en exergue la limite de la circulation d'information dans un continuum de soins qui doit être centré sur le patient.

Synthèse en lien avec les enjeux évaluatifs et les critères d'appréciation : *la coordination, la qualité et la continuité.*

On peut dire que l'information qui circule entre les parties prenantes du processus de congé avec oxygénothérapie est rapide et efficace lorsqu'elle est générée pour soutenir la prise de décision clinique. C'est également un moment critique et décisif pour la santé et le bien-être des patients. Elle est cependant incomplète et partielle pour accompagner la continuité du processus jusqu'à son terme. Elle apparaît fragmentée entre les acteurs hospitaliers, les patients et les prestataires externes qui se servent d'outils et de mécanismes correctifs différents.

E. Question d'évaluation 4 : Le modèle de financement sur lequel s'appuie le processus de congé permet-il un accès équitable et durable de l'oxygénothérapie à domicile ?

Le processus de congé avec oxygénothérapie fonctionne aussi grave aux soutiens financiers du gouvernement ontarien à travers son programme ADP. Dans cette partie de notre travail, nous essayons d'analyser les aspects en lien avec l'accès équitable et durable de ce financement pour l'oxygénothérapie à domicile.

1. Une couverture financière perçue comme accessible par les patients

L'analyse des entrevues que nous avons eues avec nos informateurs clés révèle que le financement de l'oxygénothérapie à domicile est perçu par ces derniers comme étant peu contraignant et accessible. En effet, conformément au programme ADP, cette accessibilité dépend de plusieurs conditions, comme l'âge, le statut et la couverture provinciale. D'ailleurs, aucun obstacle financier ou stress lié aux coûts n'a été rapporté par les patients, comme le signale l'un d'eux : *"C'est couvert par la province à 100%"* (P6, patient partenaire). Un autre patient qui confirme : *"Ils m'ont donné l'oxygène, puis il n'y avait rien à payer, pas de problème"* (P9, Patient partenaire).

De manière générale, cette accessibilité financière semble largement partagée par le personnel hospitalier, pour qui le financement ne constitue en aucun moment un obstacle majeur pour l'oxygénothérapie à domicile. Comme le mentionne ce prestataire de soins : *"Le financement n'est pas vraiment un irritant au niveau de l'unité"* (P11, Infirmier).

En effet, les fournisseurs d'oxygène sont payés sur une base pré-établie par l'ADP. Ce sont donc ces fournisseurs qui se chargent de constituer le dossier nécessaire à la prise en charge des patients dont ils ont la charge. L'absence de démarches administrative est donc très appréciée par les familles qui le mentionnent comme un facteur motivant et facilitateur du processus de congé avec oxygène.

Dans le thème suivant, nous examinons le cadre structurant du financement qui, malgré cette fluidité apparente, masque selon nous des variations d'équité.

2. Le programme ADP comme pilier structurant du financement

Dans la province de l'Ontario, le programme ADP est reconnu comme la référence en matière de financement de l'oxygénothérapie à domicile. Il a établi des critères d'admissibilités qui sont des références de qualification clinique et qui ont été présentées plus haut.

Constat :

Tout le processus de qualification clinique mis en place vise à permettre aux patients d'avoir accès au programme de financement de l'oxygénothérapie à domicile du ministère de la santé à travers son programme ADP.

Ces références sont utilisées par les fournisseurs d'oxygène et le personnel hospitalier qui, sur le plan clinique, les trouvent opérationnels et clairs. C'est d'ailleurs l'avis d'un des fournisseurs que nous avons rencontrés : *"On suit vraiment les critères du ministère. Si le patient qualifie le funding est là"* (P8, fournisseur d'oxygène).

En effet, les examens et tests de qualification clinique pour le congé avec oxygène sont pour la majorité des patients, liés à l'activation du financement de l'ADP. Selon un autre fournisseur le précise : *"Dès qu'on a les résultats qui qualifient, on peut enclencher le processus de financement"* (P10, fournisseur d'oxygène). Toutefois, on peut observer une forte dépendance

quant au respect strict des exigences administratives imposées par le programme ADP. Ce qui peut créer des tensions entre la dynamique clinique et les contraintes de financement que nous analysons par la suite.

3. Tensions entre la dynamique clinique et les lourdeurs administratives

Nous avons mentionné plus haut, les autorisations du CRTO permettant aux thérapeutes respiratoires de transcrire les ordonnances et de signer le formulaire ADP pour de l'oxygénothérapie à domicile. Ces dernières viennent répondre aux lourdeurs administratives qui entravent la fluidité du processus de congé.

Des lourdeurs qui sont à l'origine des gaspillages, comme la perte de temps et les attentes énumérés plus haut. Plusieurs intervenants dans le processus ont relevé la dépendance aux signatures des médecins, comme étant un point de ralentissement récurrent et de friction important, comme le souligne un de nos informateurs : *"lorsque nous remplissons le formulaire ADP, la grosse difficulté c'est toujours d'aller chercher les signatures. Et des fois ça prend des semaines"* (P8, fournisseur d'oxygène). Ceci entraîne des retards qui ne sont pas toujours dans l'intérêt clinique du patient.

Constat :

Les formulaires ADP sont encore remplis par les fournisseurs d'oxygène qui ensuite cherchent à les faire signer par le médecin prescripteur, pourtant les CRTO autorise les TR de les remplir et de les signer.

Cette lourdeur n'est pas seulement perçue du côté des fournisseurs d'oxygène. Même les acteurs de la santé la relèvent également : *"C'est sûr que c'est lourd administrativement. La signature, c'est là que ça bloque"* (P5, gestionnaire). Certains fournisseurs, dans le souci de prioriser la sécurité clinique du patient, procèdent à l'installation de l'oxygène avant la confirmation officielle de sa prise en charge par le programme ADP.

La réalité du processus actuel est que ce sont les fournisseurs d'oxygène qui remplissent le formulaire ADP, et qui peuvent parfois buter sur les manques d'informations comme mentionnées plus haut. Cependant, le processus pourrait être plus efficace si le TR, après avoir procédé à la qualification clinique du patient, pouvait remplir le formulaire ADP accompagné des referral forms, et les faire faxer aux fournisseurs d'oxygène.

Bien que les fournisseurs réussissent à compenser ces manquements pour le moment, cela soulève la problématique de la durabilité du modèle et sa capacité à soutenir les pratiques cliniques agiles.

4. Une équité variable selon le profil des patients

Bien que l'hôpital Montfort reçoive tout type de patients, en raison de son caractère bilingue et principalement francophone dans la province ontarienne, des patients provenant du Québec rencontrent des parcours plus complexes, car leur prise en charge financière est régie par le PNOD. Ce qui complexifie aussi leur fourniture en oxygène, comme le relève cet intervenant : *"Quand c'est des patients du Québec, c'est vraiment plus compliqué. Nos mains sont souvent liées"* (P10, fournisseur d'oxygène). En effet, malgré les besoins cliniques comparables, la proximité et la diversité des populations dans la région de la capitale nationale, cette vulnérabilité interprovinciale limite l'accès équitable à l'oxygénothérapie.

Cette iniquité s'étend également à d'autres patients, qui doivent contribuer au financement de leur oxygène à domicile, lorsque leur qualification clinique ne correspond pas aux critères d'admissibilité du programme ADP : *"Il y a des patients qui ne qualifient pas, puis là, ils doivent payer ou se débrouiller autrement"* (P8, fournisseur d'oxygène). Il en ressort que, bien qu'il existe une certaine flexibilité dans les mécanismes d'accès au financement, cet accès reste conditionné par des critères spécifiques, tels que la couverture provinciale, l'âge et le statut.

Constat :

La prise en charge des patients diffère selon leur profil et est rendu plus complexe selon leur province de résidence.

Synthèse en lien avec les enjeux évaluatifs et le critère d'appréciation : *l'équité d'accès*

Nos résultats sur cette question d'évaluation portant sur l'accès équitable et durable au financement pour l'oxygénothérapie à domicile montrent bien que le modèle de financement à travers l'ADP, soutient efficacement l'accès d'une bonne proportion de patients à l'oxygénothérapie à domicile. Cette couverture est aussi perçue par nos informateurs comme adéquate. Cependant, son efficacité est entravée au niveau hospitalier par des lourdeurs administratives que rencontrent les fournisseurs d'oxygène.

F. Question d'évaluation 5 : Les politiques et mécanismes de gouvernance interne soutiennent-ils une amélioration continue du processus de congé avec oxygène ?

La dernière question d'évaluation de ce mandat, porte sur les mécanismes de gouvernance interne à l'hôpital Montfort pour encadrer et accompagner le processus d'oxygénothérapie à domicile. Nous analysons les mécanismes de formalisation institutionnelle qui passent par les politiques, les réglementations et les standards mise en place.

1. Pilotage par indicateurs et audits des dossiers patients

L'hôpital Monfort s'est doté depuis plusieurs années du Lean Management, comme démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Celle-ci est promue et intégrée à la culture organisationnelle. Elle a aussi été décentralisée par la multiplication des formations des équipes d'encadrement, afin de faciliter sa mise en œuvre effective. Cependant, l'analyse des données sur le processus de congé avec oxygénothérapie montre une insuffisance de dispositifs formels au niveau organisationnel, permettant de piloter ce processus.

Les cadres du département de cardio respiratoire avec lesquels nous avons eu une longue conversation disent ne pas avoir d'indicateurs de performance spécifiques pour ce processus. Cependant, ils admettent que le système d'information de la santé recueille quelques-uns de ces indicateurs, mais qu'ils ne sont pas suffisamment exploités pour assurer une coordination et une gestion efficaces.

Il manque aussi un mécanisme systématique d'audit régulier des dossiers des patients ayant eu des congés avec oxygène, et également l'absence d'un suivi des cas de réadmissions, comme le confirment les gestionnaires ci-après :

"De notre côté, on n'a pas d'indicateur particulier qu'on suit pour les congés de ce genre" (P7, gestionnaire).

"on a le DMS – délai moyen de séjour – qui fait partir de notre stratégie, mais c'est gros comme indicateur. Je ne vois pas si je fais un impact, si je change quelque chose. C'est tellement large [...] Moi, j'aimerais savoir le nombre de patients qui ont été congédiés avec de l'oxygène à la maison et combien sont revenus" (P5, gestionnaire).

De manière holistique, il faut dire que le service de thérapie respiratoire ne dispose pas de tableau de bord, permettant de consolider les données sur les indicateurs clés de performance du processus de congé avec oxygène. Lorsqu'un suivi est fait, le circuit d'obtention des données est très souvent long, et repose beaucoup plus sur des initiatives individuelles et ponctuelles.

En l'absence de données probantes et d'outil visuel comme un tableau de bord, les services de thérapie respiratoire et de cardiologie se trouvent limités à intégrer le congé des patients avec oxygène dans une démarche d'amélioration continue. Ce qui complexifie l'appréciation du processus qui manque d'éléments objectifs et comparables sur la durée et dans le temps. Cette faiblesse dans le pilotage met aussi en évidence une gouvernance institutionnelle peu formelle.

2. Une gouvernance reposant sur les unités de soins

L'analyse des données collectées nous permet de constater que, le processus de congé avec oxygénothérapie fonctionne avec une gouvernance dépendante des unités cliniques. En effet,

il a été remarqué que, les cas de nouveaux congés avec oxygène sont généralement discutés lors des réunions d'équipe au niveau de chaque unité de soins. Des réunions auxquelles, malheureusement le TR d'étage désigné n'est pas toujours en mesure de participer de manière effective. Ces unités de soins sont gérées selon le leadership et la dynamique du chef d'équipe, ce qui peut entraîner une variabilité de pratiques, comme le décrit un chef d'équipe ici : *"C'est vraiment une culture qu'on a instaurée nous autres au XA, ce n'est pas pareil partout"* (P11, infirmier).

Cette dépendance aux unités entraîne aussi des conséquences sur l'amélioration continue de la qualité, car elle transfère également la responsabilité sur la qualité du processus. La conséquence pourrait être des écarts entre les politiques internes et les pratiques réelles sur le terrain.

3. Un décalage entre politique écrite et pratiques sur le terrain

Sur la base des données analysées, nous avons constaté un écart entre les politiques existantes en matière d'oxygénothérapie et leur mise en œuvre effective au sein de l'hôpital. Il semble que plusieurs politiques institutionnelles et les règles de l'ADP soient mal connues ou insuffisamment comprises. Surtout chez les TR de l'hôpital, comme nous le confiait une gestionnaire : *"Les TR ne connaissent pas toujours bien le formulaire ADP, ni ce qui a changé récemment"* (P5, gestionnaire).

Cette différence est particulièrement observée dans leur pratique quotidienne. En effet, malgré les orientations du CRTO, permettant un élargissement du rôle des TR, on constate que celles-ci n'ont pas encore été opérationnalisées au sein de l'hôpital Montfort. Un TR observé durant un processus de qualification clinique relevait ceci : *"On pourrait faire plus, mais comme ce n'est pas clair et que ça finit par une signature du médecin, on s'arrête là"* (P14, thérapeute respiratoire).

Au regard de ces constats, le processus d'amélioration continue n'évolue que très peu en fonction des réalités, des contraintes et exigences de qualité. En effet, malgré les alternatives existantes, les pratiques restent conservatrices et entraînent des circuits de décisions lourds. Cela entraîne une perception qui restreint la capacité d'adaptation du processus aux réalités cliniques.

Synthèse en lien avec les enjeux évaluatifs et les critères d'appréciation : la gouvernance et l'amélioration continue

Nos résultats sur cette dernière question d'évaluation montrent que les mécanismes de gouvernance soutiennent très peu l'amélioration continue du processus de congé des patients avec oxygénothérapie. En absence d'un pilotage formel et structuré à l'aide d'indicateurs de suivi, un tableau de bord, des audits réguliers des dossiers patients et des instances d'évaluation de la performance, il est difficile de conduire un processus robuste d'amélioration continue centré sur la sécurité du patient.

PARTIE III : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans cette section, nous discutons des résultats obtenus à la lumière de la revue de littérature que nous avons faite. Comme nous sommes dans une démarche évaluative qui vise une optimisation d'un processus hospitalier ; nous allons faire le lien entre les résultats de la logique d'intervention du projet et les étapes du processus cartographiées précédemment.

Cette analyse est basée sur les questions d'évaluation, suivies de recommandations concrètes et actionnables. Nous proposons également des indicateurs de suivi qui pourront être utilisés pour améliorer les performances du processus.

A. Pour une transition de soins sécuritaire et continue de l'hôpital vers le domicile des patients

Notre recension des écrits a révélé que la transition des patients sous oxygénothérapie de l'hôpital vers la maison est un moment critique du parcours des soins (Bowles, 2024).

Nos résultats démontrent que l'hôpital Montfort met en place un processus de transition bien structuré de l'hôpital vers le domicile des patients sous oxygène. Sur le plan clinique, il dispose d'une approche solide et sécuritaire d'évaluation et de qualification qui est conforme aux pratiques recommandées (critères ADP, ABG, Walk test et IEA).

Cependant, après cette qualification clinique, la transition reste imparfaite et est jalonnée de ruptures, d'attentes et de pertes de temps considérables, ce qui entraîne une variabilité dans la durée des séjours des patients.

Ces résultats corroborent les conclusions de Lacasse et al (2015) et Sculley et al (2019) sur les congés retardés, la non préparation des patients et les dossiers incomplets.

Recommandations

⇒ **R1 : Mettre en place une directive médicale qui formalise le congé avec oxygénothérapie comme un parcours continu et sécurisé de transition de soins hôpital-maison.**

L'objectif ici est de doter l'hôpital d'un document officiel qui encadre l'ensemble du processus et qui répond aux récentes mises à jour en matière d'oxygénothérapie.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- Développer et mettre en place une directive médicale qui répond aux besoins et aux normes. Elle doit apporter des solutions aux différents points critiques et de ruptures identifiées sur la cartographie (qualification, remplissage, signature, coordination, etc.)	Une directive médicale approuvée et diffusée
- Déterminer un temps moyen pour le parcours du congé : par exemple 48 ou 72h de la qualification clinique à l'installation au domicile.	Le délai minimal standardisé d'un congé avec oxygénothérapie.
- Il faudra aussi revoir les temps perdus sur les actions à valeur ajoutée de la cartographie et fixer les temps maximums à passer à chaque étape du processus du congé. Exemple : un maximum	La proportion de patients quittant avec l'oxygène transitoire.

de 8 heures de temps entre la requête ABG et la réalisation du test ABG.

- *Systématiser le 6 minutes walk test sans toutefois parler au médecin et attendre une seconde ordonnance lorsque le patient a des paramètres de saturation comprise entre 55 et 60 mmHg.*
- *Concevoir et mettre en place un outil visuel avec les étapes à mettre en œuvre par le TR, pour accompagner la réussite des congés avec oxygénothérapie. Une sorte de tableau avec les patients qualifiés pour de l'oxygène à domicile et les étapes à dérouler pour leur assurer un congé sécuritaire et continu.*

Précisé dans la directive médicale.

Un tableau de bord visuel sur les congés avec O2.

⇒ **R1a : Intégrer une validation finale de congé avec oxygénothérapie centrée sur le patient.**

L'objectif ici est de s'assurer que le patient soit prêt, informé et sécurisé avant son départ de l'hôpital.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- *Travailler avec les fournisseurs d'oxygène pour standardiser le contenu minimal d'éducation et d'enseignement des patients sur l'oxygénothérapie à domicile.*
- *Clarifier les rôles sur l'éducation et l'enseignement du patient (hôpital, communauté) tout en restant aligné sur la politique de l'hôpital.*
- *Déterminer et standardiser les approches d'enseignement du patient à l'hôpital. Adapter des approches simples d'éducation et d'évaluation (low dose high frequency et teach-back).*
- *Démarrer l'éducation des patients et/ ou proches dès leur qualification clinique pour l'oxygène à domicile, afin de les rassurer sur l'utilité de l'oxygène, mais surtout réduire les risques post-congé.*

Un curriculum clair et partagé entre l'hôpital et la communauté

La satisfaction ou avis des patients

Le nombre d'incidents post-congé.

Le taux de réadmission à 7 et 30 jours.

B. Des ressources humaines permettant une mise en œuvre efficace des congés avec oxygène

Dans leurs travaux, Mador (2021) et Nnate et al (2021), reconnaissent et mettent en évidence le rôle central des thérapeutes respiratoires lors des congés en oxygénothérapie.

Nos résultats ne s'en éloignent pas et confirment que cette expertise et bien d'autres compétences existent au sein de l'hôpital Montfort, surtout au niveau clinique. Ils mettent en évidence une sous-utilisation de ces ressources au niveau organisationnel, afin d'optimiser le processus de congé avec oxygène.

Dans le processus de congé avec oxygène actuel, les thérapeutes respiratoires ne sont pas au centre de la coordination, et ne les suivent pas de bout en bout, afin de veiller et garantir la sécurité clinique des patients.

Par conséquent, la coordination du congé au sein de l'hôpital repose plus sur des individus, des dynamiques et cultures propre aux unités de soins. Nos résultats sont similaires à ceux de Naylor et Cleave (2010) sur la transition des soins.

Recommandations

⇒ **R2 : Identifier formellement un corps professionnel (thérapeute respiratoire) comme pivot et coordonnateur du processus du congé.**

Ceci permettrait de réduire la dépendance aux individus et clarifier la coordination du congé avec oxygène.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

<i>- Intégrer cette désignation dans la directive médicale</i>	A intégrer dans la directive médicale
<i>• Il aura pour rôle d'assurer la coordination des congés sur l'ensemble des unités lorsqu'il y est affecté.</i>	Proportion de congés coordonnés par un TR
<i>• Faire le lien avec les fournisseurs d'oxygène.</i>	Satisfaction des équipes
<i>• Faire les validations cliniques avant la sortie des patients qualifiés pour de l'oxygène à domicile.</i>	

⇒ **R2a : Standardiser le parcours de congé avec oxygène tout en clarifiant et en formalisant les rôles interprofessionnels.**

Cela permettrait de réduire les zones grises et les chevauchements entre le personnel accompagnant les patients.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

<i>- Elaborer, faire valider et diffuser une matrice des rôles avec "qui fait quoi, quand et comment."</i>	Une matrice des rôles est clarifiée
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

C. La circulation d'information complète, rapide et fiable

Dummers et Stokes (2020) dans leurs recherches antérieures, insistent sur le fait qu'une transition sécuritaire des patients ne peut réussir que si elle repose sur un socle de continuité informationnelle de qualité.

Nos résultats montrent qu'au sein du processus de congé mis en place, l'information clinique facilitant la prise de décision circule rapidement.

Cependant, dans la continuité du processus, cette information apparaît fragmentée, entraînant des efforts de correction de la part d'intervenants, et une divergence de compréhension chez certains patients.

Ces résultats sont également conformes aux travaux de Haggerty et al. (2003) qui a travaillé sur les trois (3) dimensions de la continuité des soins, à savoir : la dimension informationnelle, de gestion et relationnelle.

Recommandations

⇒ **R3 : Intégrer dans le système d'information sanitaire (EPIC en construction) un module standardisé de check-list de congé avec oxygénothérapie.**

L'objectif ici sera d'assurer une complétude d'information et leur fiabilité également.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- *Créer la check-list avec les éléments indispensables à remplir ou accomplir, tels que les paramètres d'oxygène, le fournisseur choisi, l'éducation dispensée, le plan de suivi, entre autres.*
- *Intégrer cette check-list dans le module EPIC, et les rendre obligatoires pour l'approbation du congé dans le système.*

La fréquence des appels pour corrections d'information

Le taux de complétude des dossiers

⇒ **R3a : Transmettre de manière systématique un résumé de congé complet au médecin de famille et à la communauté.**

Ceci permettrait de réduire considérablement, voire éliminer, les pertes d'information entre l'hôpital et le domicile des patients.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- *Standardiser le résumé de congé avec oxygénothérapie.*
- *Instaurer un délai d'envoi aux médecins de famille et à la communauté, y compris les fournisseurs d'oxygène (pour les informations qu'ils peuvent recevoir, et dont ils ont besoin).*
- *Mettre également en place un accusé de réception pour des informations critiques et/ou sensibles.*

Le taux de complétude des dossiers

Les délais de transmission des résumés de congé.

D. Un modèle de financement équitable et durable

Tout comme la littérature, à travers les publications du Ministry of Health (2024) et de Lacasse et al (2015), nos résultats reconnaissent qu'en Ontario, le programme ADP est le cadre légitime et structurant qui soutient l'accès financier des patients au service d'oxygénothérapie à domicile.

Cependant, nous avons identifié quelques iniquités et des lourdeurs administratives persistantes qui font que, bien que la barrière financière soit allégée pour de nombreux patients, cela demeure malgré tout difficile, voire coûteux pour certains profils particuliers ; tels que l'âge, les paramètres de non-qualification limites, l'absence de médecin de famille pour la requalification après trois (3) mois et le lieu de résidence.

La requalification des patients sous oxygénothérapie pour la poursuite du financement et la continuité des soins reste une rupture importante qui entrave le processus. Cette situation est encore plus difficile pour les patients orphelins (sans médecin de famille).

Recommandations

⇒ **R4 : Rendre opérationnelles les orientations du CRTO, permettant aux TR de signer les formulaires ADP.**

Ceci permettra de réduire les délais et éliminer les gaspillages et pertes de temps pour la recherche des signatures du médecin prescripteur par les fournisseurs d'oxygène, afin de faire valider le financement ADP.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- <i>Spécifier les modalités pratiques des orientations du CRTO dans la directive médicale à développer.</i>	Le nombre de formulaires ADP signés par les TR
- <i>Informers et former les TR au remplissage de la cinquième page des formulaires ADP, qu'il faudra également rendre disponibles au niveau des unités de soins.</i>	Nombre de TR informés et formés sur les orientations du CRTO
- <i>Clarifier les rôles et responsabilités entre le TR, le fournisseur d'oxygène et le médecin.</i>	La perception des TR

⇒ **R4a : Mettre en place un mécanisme interne à l'hôpital pour faciliter la requalification après 3 mois des patients orphelins.**

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- <i>Identifier un médecin spécialiste qui accepte de consulter les patients orphelins et signer leur requalification.</i>	Le nombre de patients orphelins requalifiés à Montfort.
- <i>Veiller à ce que les fournisseurs d'oxygène soient informés et réfèrent ces patients vers le médecin spécialiste identifié pour les requalifications.</i>	

E. Une gouvernance qui soutient une amélioration continue

Les récentes publications de Bowles (2024), sur la transition des soins de l'hôpital vers le domicile en matière d'oxygénothérapie, insistent sur une gouvernance structurée, accompagnée d'indicateurs, d'audits et de rétroactions permettant d'améliorer l'expérience patient.

Malheureusement, nos résultats révèlent que ce n'est pas encore le cas dans le processus de congé hospitalier des patients avec oxygénothérapie à l'hôpital Montfort. La gouvernance y est peu structurée, sans indicateurs formels, sans audits des dossiers patients, ce qui rend une amélioration continue peu dépendante de données probantes et robustes.

Nos résultats révèlent également qu'il existe au niveau des unités des soins, des instances de collaboration interprofessionnelle qui se réunissent régulièrement pour discuter des cas de congés imminents de patients. Cela correspond à ce que Nnata et al. (2021) appellent dans les modèles de coordination, le modèle de réunion multidisciplinaire. Bien que dans le cas de l'hôpital Montfort, il ressort qu'il est parfois difficile au TR d'étage de participer à toutes les rencontres des unités de soins.

Recommandations

⇒ **R5 : Mettre en place un tableau de bord institutionnel du congé avec oxygénothérapie.**

Ceci permettra de passer d'une approche intuitive de gouvernance à une approche fondée sur les données.

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- *Le tableau de bord rassemblera tous les indicateurs clés nécessaires au pilotage du processus de congés. Il servira surtout à suivre les délais, les ruptures, les attentes, les réadmissions, la compréhension et la satisfaction du patient.*
- *Intégrer ce tableau de bord dans EPIC et le générer périodiquement pour faciliter les réunions de pilotage.*

Existence d'un tableau de bord avec des indicateurs traceurs de suivi de la performance

⇒ **R5a : Créer ou intégrer une instance de pilotage d'amélioration de la qualité.**

Modalités de mise en œuvre de la recommandation

Indicateurs de performance

- *Instaurée au niveau du gestionnaire et supervisera toutes les initiatives d'amélioration de la qualité des services dans le département (évaluations des processus, démarche Lean... etc).*
- *Elle devra regarder régulièrement le tableau de bord avec les indicateurs mis à jour, afin d'orienter le processus d'amélioration continue.*

Existence d'un comité de pilotage transversal qui utilise le tableau de bord

Nombre de décisions et recommandations du comité

- *Permettre une meilleure visibilité sur les contributions du service de cardiologie sur des indicateurs stratégiques de l'hôpital, comme le DMS – Délai Moyen de Séjour.* | pour améliorer le processus de congé

⇒ **R5b : Faire régulièrement les audits des dossiers patients, afin de tirer les leçons, rectifier les erreurs et renforcer le processus d'amélioration continue.**

Ceci est une approche de contrôle complémentaire aux analyses des indicateurs qui seront générés sur le tableau de bord à partir d'EPIC.

<i>Modalités de mise en œuvre de la recommandation</i>	<i>Indicateurs de performance</i>
- <i>Organiser les audits des dossiers patients sur une base trimestrielle.</i>	Nombre d'audits de dossiers patients réalisés trimestriellement
- <i>Présenter les résultats au comité de pilotage de l'amélioration continue du département.</i>	Nombre de décisions et recommandations du comité pour améliorer le processus de congé

Dans l'ensemble, nos résultats et notre recension des écrits sur le sujet convergent sur le fait que l'hôpital Montfort possède les bases cliniques nécessaires pour offrir des congés sécuritaires en oxygénothérapie.

Cependant, la performance et l'amélioration durable du processus dépendent désormais uniquement des choix organisationnels, et de la mise en place d'une gouvernance outillée et axée sur le patient.

Les recommandations formulées ci-dessus visent la transformation d'un processus de congé avec oxygénothérapie déjà fonctionnel, mais encore fragile, en un système qui renforce la cohérence entre les pratiques cliniques, la coordination interprofessionnelle, la circulation de l'information, l'équité du financement et le pilotage par des indicateurs de suivi, afin d'atteindre une transition véritablement sécuritaire, juste et durable.

Conclusion

Le présent rapport avait pour but d'analyser et d'approfondir la compréhension des enjeux associés au processus de congé des patients avec oxygénothérapie au sein du service de thérapie respiratoire de l'hôpital Montfort. Pour cela, il était attendu de documenter le processus de congé actuel ; de recueillir et analyser les perspectives des différents acteurs impliqués ; d'examiner les dimensions administratives et financières propres aux cadres provinciaux, relatives à l'accès à l'oxygène et enfin d'identifier les lacunes, les obstacles organisationnels ainsi que les pratiques exemplaires existantes, en vue de formuler des pistes d'amélioration.

A l'aide d'une combinaison de l'approche Lean et de la théorie de programme, nous avons développé une cartographie du processus actuel et une logique d'intervention du projet. Ces instruments ont permis de préciser 5 questions d'évaluation, et de développer des outils de collecte des données. Une analyse des données collectées a permis d'examiner la transition sécuritaire et la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile des patients ; la qualité des ressources humaines pour la mise en œuvre ; la circulation de l'information tant au niveau hospitalier qu'au niveau externe avec les acteurs du processus ; l'équité et l'accès au financement soutenu par le programme ADP et, le modèle et la capacité de gouvernance actuelle qui soutient l'amélioration continue.

L'approche d'évaluation utilisée a été centrée sur l'analyse des processus à l'aide d'indicateurs qualitatifs rigoureux, mettant en évidence la qualité clinique exceptionnelle, mais révélatrice de fragilités organisationnelles.

Les résultats montrent que le processus de congé avec oxygénothérapie sur le plan clinique est sécuritaire, grâce à une qualification clinique reposant sur des outils de diagnostics reconnus, comme l'ABG, l'oxymètre, le walk test et l'IEA ; ainsi que les critères de qualification standards. Cette première étape du processus est soutenue par l'accès rapide aux résultats et leur utilisation, conforme aux critères d'admissibilités, permettant de prévenir contre des prescriptions inadéquates. La qualification clinique repose également sur une expertise professionnelle reconnue chez les thérapeutes respiratoires.

Toutefois, on observe un décalage entre la qualité de la décision clinique et le reste des étapes de la transition jusqu'au domicile. Le processus n'est pas considéré comme un parcours longitudinal à accompagner, entraînant ainsi des ruptures critiques, une dépendance aux dispositifs logistiques, aux signatures médicales et une forte variabilité d'expérience et de parcours vécu par les patients.

Sur le plan organisationnel, le rôle de thérapeute respiratoire, qui est central sur le plan clinique, n'est pas suffisamment exploité pour coordonner de bout en bout le processus entier. La qualité du processus repose plus sur l'engagement des personnes travaillant dans les unités de soins. Une dépendance qui limite la productivité et la pérennité du processus sur le plan institutionnel.

La circulation de l'information montre aussi des fragilités systémiques, bien que l'information clinique soutenant la prise de décision circule rapidement. L'information globale nécessaire à la continuité reste fragmentée et c'est grâce à des approches et mécanismes individuels que des corrections sont faites pour soutenir la continuité. Par ailleurs, l'éducation du patient, essentielle et reconnue comme levier déterminant de la sécurité, n'est pas standardisée au sein de l'hôpital, et est plutôt externalisée aux fournisseurs d'oxygène.

Ensuite, les patients jugent équitable le programme ADP, qui leur permet d'avoir accès à l'oxygénothérapie à domicile. Toutefois, des tensions existent entre des lourdeurs administratives et des priorités cliniques ce qui entraîne des iniquités persistantes selon le profil des patients.

Finalement, l'évaluation révèle une gouvernance interne relativement faible, caractérisée par une absence de plusieurs instruments de suivi, comme les indicateurs formels, un tableau de bord, et surtout par l'absence de mécanismes d'audit réguliers des dossiers patients et d'une instance de pilotage. Cette situation empêche le service de thérapie respiratoire et de cardiologie d'apprendre de leurs pratiques et à renforcer le processus d'amélioration continue de la qualité des services.

Le processus de congé des patients avec oxygénothérapie, tel mis en œuvre à l'hôpital Monfort, fonctionne grâce à la compétence des acteurs et à des adaptations situationnelles. Il ne repose malheureusement pas sur un système intégré standardisé et permettant de tirer des leçons d'apprentissage. Les indicateurs que nous avons mobilisés dans ce travail d'évaluation, montrent la nécessité de mettre à jour et de standardiser certaines pratiques, de renforcer la coordination, le suivi et la gouvernance, afin de garantir au processus une transition sécuritaire, équitable, cohérente et durable pour tous les patients congédiés sous oxygénothérapie.

Bibliographie

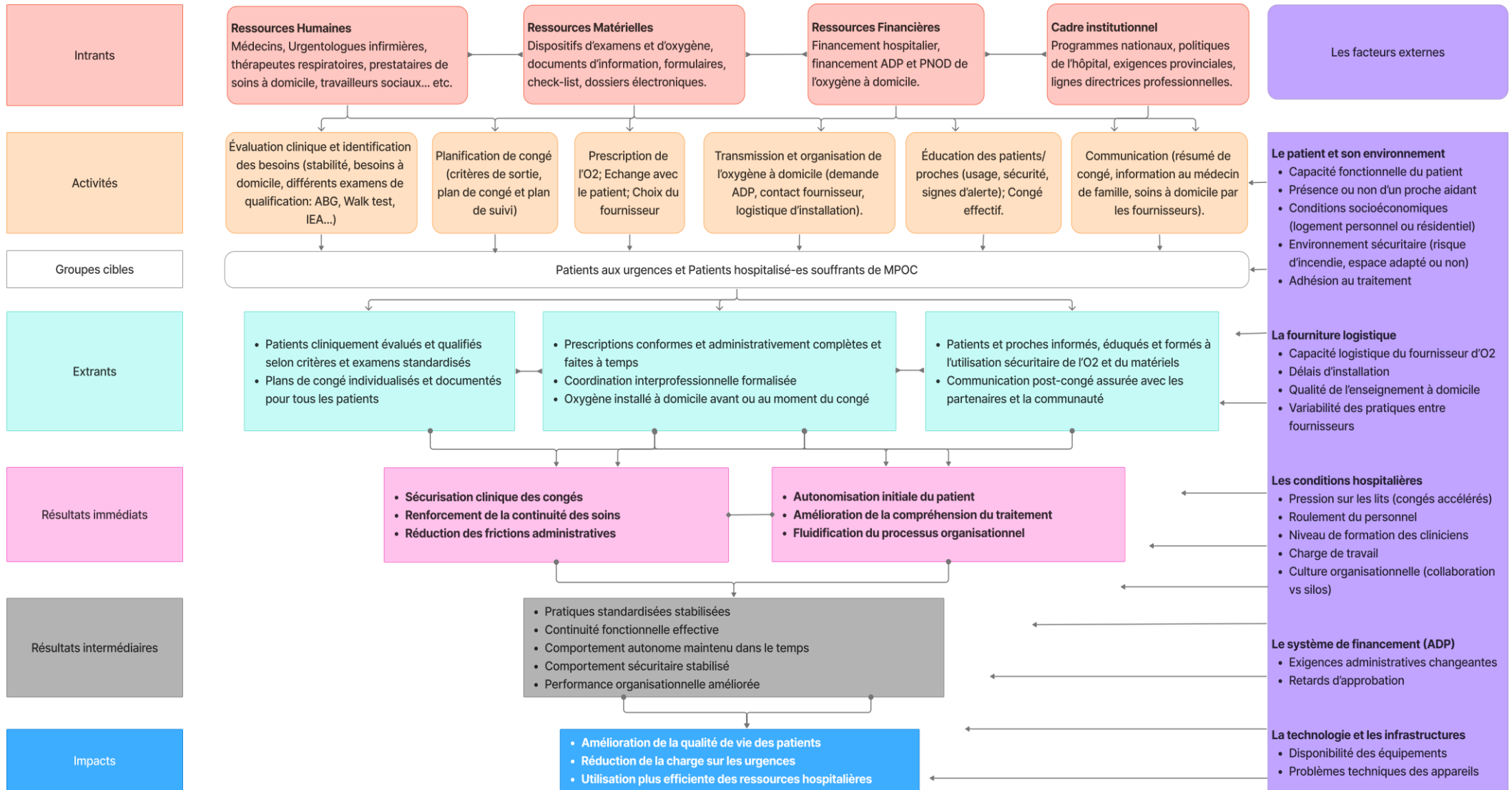
- Białas, A. J., Barczyk, A., Damps-Konstańska, I., Kania, A., Kuziemski, K., Ledwoch, J., Rasławska, K., & Czajkowska-Malinowska, M. (2026). Recommendations Following Hospitalization for Acute Exacerbation of COPD-A Consensus Statement of the Polish Respiratory Society. *Advances in Respiratory Medicine*, 94(1), 4. <https://doi.org/10.3390/arm94010004>
- Blazer, A. J., & Stanbrook, M. B. (2023). De quelle manière les systèmes de santé au Canada peuvent-ils améliorer les soins aux personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique? *Canadian Medical Association Journal*, 195(44), E1527–E1529. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230998-f>
- Clinic of Pneumology, Clinical Hospital of Pneumophtisiology, Iași, Romania, Ghimuş, C., Săndulache, Ştefan, Clinic of Pneumology, Clinical Hospital of Pneumophtisiology, Iași, Romania, Postolache, P., & ”Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Iași, Romania. (2024). OXYGEN THERAPY FROM GUIDELINE TO CLINICAL PRACTICE AND PULMONARY REHABILITATION. *Romanian Journal of Medical Rehabilitation Physical Medicine and Balneoclimatology*, 1(2), 117–120. <https://doi.org/10.59277/RJMPPMB.2024.2.07>
- Deng, X., Zhou, Y., Yang, Y., Jiang, N., Zhang, X., Huang, R., Zhang, S., Cai, X., & Huang, J. (2021). Evaluate the Efficacy of Novel Nursing Management Method Including Both Preparation Services and Continuity of Care in Elderly Patients with Aspiration Pneumonia. *American Journal of Nursing Science*, 10(1), 36. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20211001.17>
- Dinh, A., Mercier, J.-C., Jaulmes, L., Artigou, J.-Y., Juillièrre, Y., Yordanov, Y., Jourdain, P., & The AP-HP/Universities/INSERM COVID-19 Research Collaboration. (2021). Safe Discharge Home With Telemedicine of Patients Requiring Nasal Oxygen Therapy After COVID-19. *Frontiers in Medicine*, 8, 703017. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.703017>
- Gex, G., & Janssens, J.-P. (2007). Oxygénothérapie à domicile. *Rev Med Suisse*, 134, 2646–2654.
- Giacomini, M., DeJean, D., Simeonov, D., & Smith, A. (n.d.). *Experiences of Living and Dying With COPD: A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Empirical Literature*.
- Guevara Suta, S. E., Ospina-Rubiano, M. O., & Restrepo-Guerrero, H. F. (2020). Vivencia de madres de prematuros con oxígeno en un programa madre canguro de Bogotá, Colombia. *Pediatría*, 53(2), 56–63. <https://doi.org/10.14295/rp.v53i2.224>
- Grembowski, D. (2001). *Evaluation of program implementation* (chapter 6: 143- 162). In the practice of health.
- Henrichs, K. A., & Flynn Makic, M. B. (2021a). A Quality Improvement Project to Increase Oxygen Therapy Adherence in Patients Newly Prescribed Oxygen at Discharge. *MEDSURG Nursing*, 30(1), 35–40. (148827585). <https://doi.org/10.62116/msj.2021.30.1.35>
- Henrichs, K. A., & Flynn Makic, M. B. (2021b). A Quality Improvement Project to Increase Oxygen Therapy Adherence in Patients Newly Prescribed Oxygen at Discharge. *MEDSURG Nursing*, 30(1), 35. <https://doi.org/10.62116/MSJ.2021.30.1.35>
- Horn, W., Korenblatt, J., Duthie, E. A., Huber, L., Thomas, I., Fein, D. G., & Ehrlich, A. R. (2025). Home Oxygen Safety in an Urban Population: A Multipronged Approach. *Journal of Burn Care & Research*, 46(5), 1080–1084. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraf076>
- Kapur, N., Nixon, G., Robinson, P., Massie, J., Prentice, B., Wilson, A., Schilling, S., Twiss, J., & Fitzgerald, D. A. (2020). Respiratory management of infants with chronic neonatal lung disease beyond the NICU: A position statement from the Thoracic Society of Australia and New Zealand*. *Respirology*, 25(8), 880–888. <https://doi.org/10.1111/resp.13876>

- Klas, K. S., Coffey, R., Shekter, C. C., Savetamal, A., & Wibbenmeyer, L. (2026). Preventing Oxygen Therapy-Related Fires and Burn Injuries: A Comprehensive National Strategic Approach. *Journal of Burn Care & Research*, 47(1), 120–129. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraf125>
- Lacasse, Y., Bernard, S., & Maltais, F. (2015). Eligibility for Home Oxygen Programs and Funding across Canada. *Canadian Respiratory Journal*, 22(6), 324–330. <https://doi.org/10.1155/2015/280604>
- Legge, N., Fitzgerald, D., Stack, J., & Popat, H. (2025). A family-centric, comprehensive nurse-led home oxygen programme for neonatal chronic lung disease: Home oxygen policy evaluation (HOPE) study. *Journal of Perinatal Medicine*, 53(2), 242–248. <https://doi.org/10.1515/jpm-2024-0319>
- Mador, M. J. (2021). Identifying an Important Ingredient for Safe Discharge to Home Oxygen Therapy: The Respiratory Therapist and the RIsOTTO Study. *Respiratory Care*, 66(2), 347–348. <https://doi.org/10.4187/respcare.08832>
- Mise_en_oeuvre_education_therapeutique_fiche_technique_2013_01_31.pdf*. (n.d.). Retrieved March 24, 2026, from https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/mise_en_oeuvre_education_therapeutique_fiche_technique_2013_01_31.pdf
- Moh-adp-policy-and-administration-manual-home-oxygen-en-2024-06-03 (1)*. (n.d.).
- Naylor, M., & Cleave, J. (2010). Transitional care model. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*, 459–465.
- Nnate, D. A., Barber, D., & Abaraogu, U. O. (2021). Discharge Plan to Promote Patient Safety and Shared Decision Making by a Multidisciplinary Team of Healthcare Professionals in a Respiratory Unit. *Nursing Reports*, 11(3), 590–599. <https://doi.org/10.3390/nursrep11030056>
- Oxygénothérapie à domicile*. (n.d.).
- Programme national d'oxygénothérapie à domicile cadre de référence*. (2011). Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Rhein, L., White, H., Simoneau, T., Traeger, N., Lahiri, T., Kremer, T., Sheils, C., Meyer, K., Rosenkrantz, T., Krishnan, S., Hartman, T., Feldman, H. A., & Abu Jawdeh, E. G. (2020). Transmitted Home Oximetry and Duration of Home Oxygen in Premature Infants. *Pediatrics*, 146(2), e20200079. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0079>
- Salehi, M., Chaudry, S., Newman, R. B., Hartnett, J., Rose, S. J., & Homayounrooz, F. (2023). Home Oxygen and Monitoring for COVID-19 Patients: A Multidisciplinary Team Approach. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 13(3). <https://doi.org/10.55729/2000-9666.1184>
- Shebl, E., Modi, P., & Cates, T. D. (2025). Home Oxygen Therapy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532994/>
- Tevis, S. E., Patel, H., Singh, S., Ehrenfeucht, C., Little, C., Kutner, J., & Persoff, J. (2022). Impact of a Physician Clinical Support Supervisor in Supporting Patients and Families, Staff, and the Health-Care System During the COVID-19 Pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(1), 328–332. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.345>
- Tikellis, G., Hoffman, M., Mellerick, C., Burge, A. T., & Holland, A. E. (2023). Barriers to and facilitators of the use of oxygen therapy in people living with an interstitial lung disease: A systematic review of qualitative evidence. *European Respiratory Review*, 32(169), 230066. <https://doi.org/10.1183/16000617.0066-2023>

Transitions Between Hospital and Home: About—Health Quality Ontario (H_{QO}). (n.d.). Retrieved January 29, 2026, from <https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-all-Quality-Standards/Transitions-between-hospital-and-home/About?utm>

Van Den Berg, R., Meccanici, C., De Graaf, N., Van Thiel, E., & Schol-Gelok, S. (2022). Starting Home Telemonitoring and Oxygen Therapy Directly after Emergency Department Assessment Appears to Be Safe in COVID-19 Patients. *Journal of Clinical Medicine, 11*(23), 7236. <https://doi.org/10.3390/jcm11237236>

Annexe 1 : Logique d'intervention



Annexe 2 : Matrice d'évaluation

Questions d'évaluations	Indicateur	Critère de jugement/ d'interprétation	Sources de données	Méthode de collecte
Enjeu lié à la qualité de la mise en œuvre et à la continuité	- Incidents ou événements indésirables post-congé	- Transition sécuritaire : incidents rares et mineurs	- Dossiers patients	- Revue systématique de dossiers
	- Réadmissions précoces liées	- Transition fragile : incidents ponctuels		- Identifier les types d'incidents
		- Transition non sécuritaire : incidents répétés ou graves		
Le processus de congé en oxygénothérapie assure-t-il une transition sécuritaire et continue vers le domicile ?	- Délais entre congé et prise en charge à domicile	- Continuité assurée (prise en charge immédiate)	- Dossiers patients	- Revus de dossiers
	- Absence de rupture de service	- Continuité partielle (délais ponctuels)	- Fournisseurs de soins à domicile	- Entrevues
		- Ruptures (délais fréquents ou absence de prise en charge)		
Enjeu lié à la capacité et qualité de mise en œuvre	- Charge de travail par professionnel	- Capacité adéquate : charge maîtrisée	- Données RH	- Analyse administrative
	- Continuité et stabilité des équipes	- Sous tension : surcharge ponctuelle	- Gestionnaires	- Entrevues
		- Insuffisante : surcharge chronique		
Les ressources humaines et organisationnelles (rôles et compétences des professionnels) permettent-elles une mise en œuvre efficace et de qualité du congé ?	- Formation reçue	- Compétences élevées, variables ou insuffisantes	- Registres de formation et Professionnels	- Analyse documentaire
	- Sentiment de compétence			- Entrevues
	- Clarté perçue des rôles	- Rôles clairs : responsabilités bien définies ; Rôles partiellement clairs ou flous	- Documents internes	- Analyse documentaire
	- Chevauchements ou zones grises		- Professionnels	- Entrevues
Enjeu lié à la coordination, qualité et continuité	- Complétude des informations transmises	- Information complète et rapide	- Dossiers patients	- Revue de dossiers
	- Délais de transmission	- Retards occasionnels de transmission	- Prestataires de soins	- Entrevues
		- Circulation d'information déficiente		
La circulation de l'information entre les différentes parties prenantes (hôpital, soins communautaires, fournisseurs d'oxygène et patient) est-elle complète, rapide et fiable ?	- Erreurs ou corrections requises	- Fiable : erreurs rares	- Patients	- Entrevues patients
	- Compréhension du patient	- Fiabilité variable ou peu fiable : erreurs fréquentes	- Notes cliniques	- Analyse qualitative
	- Ruptures informationnelles rapportées	- Parcours fluide, fragile ou rompu	- Patients, professionnels	- Entrevues croisées
Enjeu lié à l'équité d'accès	- Délais d'accès selon profils	- Accès équitable : écarts minimes	- Données administratives	- Analyse quantitative
	- Cas de non-accès	- Iniquités limitées ou marquées	- Travailleurs sociaux	- Entrevues
Le modèle de financement sur lequel s'appuie le programme permet-il un accès équitable et durable à l'oxygénothérapie à domicile ?	- Ajustements liés aux contraintes financières et interruption de services	- Financement adéquat, sous tension, insuffisant	- Documents financiers et Gestionnaires	- Analyse documentaire
	- Stabilité des ressources financières	- Durable, Fragile, Non durable	- Documents budgétaires	- Analyse documentaire
	- Dépendance à d'autres solutions			
Enjeu lié à la gouvernance et l'amélioration continue	- Existence de comités	- Gouvernance active, formelle ou faible	- Documents de gouvernance et Cadres	- Analyse documentaire
	- Suivi des décisions			- Entrevues
Les politiques et mécanismes de gouvernance interne soutiennent-ils une amélioration continue du processus des congés avec oxygénothérapie ?	- Indicateurs suivis	- Amélioration continue active, ponctuelle ou absence d'amélioration	- Tableaux de bord	- Analyse documentaire
	- Ajustements réalisés		- Comptes rendus	- Entrevues

Annexe 4 : Synthèse des recommandations et plan d'action

Synthèse et Plan d'action priorisé



Recommandations	Actions	Priorité	Horizon
R1 et R1a	Directive médicale pour le parcours de congé	Haute	Court terme (< 6 mois)
R2 et R2a	TR comme pivot et matrice des rôles interprofessionnels	Haute	Court terme (< 6 mois)
R4	Opérationnaliser les orientations du CRTO du formulaire ADP	Haute	Court terme (< 6 mois)
R3 et R3a	Check-list EPIC standardisée + résumé de congé	Moyenne	Moyen terme (6-12 mois)
R5 et R5b	Tableau de bord institutionnel + audits trimestriels	Moyenne	Moyen terme (6-12 mois)
R4a	Circuit de requalification pour patients orphelins	Moyenne	Moyen terme (6-12 mois)
R5a	Comité de pilotage transversal cardiorespiratoire	Continue	Long terme (> 12 mois)

Annexe 5 : Liste des membres du comité d'évaluation

N°	Profession	Service / Entreprise partenaire	Organisme représenté
1	Thérapeute Respiratoire, Gestionnaire	Cardiologie	Hôpital Montfort
2	Thérapeute Respiratoire, Team Lead	Thérapie Respiratoire	Hôpital Montfort
3	Thérapeute Respiratoire	Thérapie Respiratoire	Hôpital Montfort
4	Infirmier Autorisé	Unité de soins	Hôpital Montfort
5	Infirmière Clinicienne, Gestionnaire	Unité d'admissions et de départs	Hôpital Montfort
6	Médecin généraliste	Unité de soins	Hôpital Montfort
7	Manager	Fournisseur d'oxygène	ProResp
8	District Manager	Fournisseur d'oxygène	Medigas
9	Manager	Fournisseur d'oxygène	VitalAir