



Brynaert, Brennan & Associé.e.s 1a-205 Lavergne, Ottawa ON K1L 5E4
Une division de 3941388 Canada Inc.

Études de cas sur les modèles de livraison de services de santé primaire pour les francophones en situation minoritaire

Rapport préparé pour les Entités de planification
des services de santé en français 1 et 2
(*Érié St. Clair / Sud-Ouest et Waterloo Wellington,
Hamilton, Niagara, Haldimand Brant*)
et
le Réseau Franco - Santé du Sud de l'Ontario

1er Février 2016

AVANT PROPOS

Dans plusieurs régions de la province, les francophones sont en situation minoritaire. À plusieurs endroits, les services de santé en français sont minimes ou même inexistants. Plusieurs intervenants tentent de trouver des solutions pour améliorer et/ou mettre en place des services de santé en français. Souvent ces solutions ne sont pas toujours faciles à identifier ou repérer.

Dans cette optique, l'Entité Érié St. Clair/Sud-Ouest a utilisé les services d'un consultant qui a fait une analyse des meilleures pratiques en situation minoritaire à travers l'Amérique du Nord et dans d'autres pays. Ce premier recensement est constitué d'une brève description de 352 pratiques développées pour répondre aux besoins de populations minoritaires recevant peu ou pas de services de santé dans leurs communautés.

Suite à ce rapport, nous avons poursuivi cette recherche conjointement avec l'Entité² (Waterloo Wellington, Hamilton, Niagara, Haldimand Brant) et le Réseau Franco Santé du Sud de l'Ontario. Notre but était de pouvoir identifier 5 ou 6 meilleures pratiques en situations minoritaire pouvant s'appliquer dans nos régions respectives et ceci dans les domaines suivants : santé primaire, soins aux aînés, maladie mentale et maladies chroniques. Chacun des partenaires a pu étudier les pratiques recensées et demander des explications plus détaillées sur certaines pratiques qui semblaient plus appropriées pour répondre à leurs besoins locaux.

Nous sommes fiers de vous partager le fruit de nos travaux.

Merci à l'ensemble des gens impliqués dans ce travail.

L'Équipe de l'Entité 1

Jacques Kenny
Directeur général

Jean-Marc Boisvenue
Agent de planification

Yvan Poulin
Agent de planification

L'Équipe de l'Entité²

Jocelyne Blais-Breton
Directrice générale

Annie Boucher
Agente de planification

Sophie Gouveia
Agente de planification

L'Équipe du Réseau Franco santé du Sud de l'Ontario

Julie Lantaigne
Directrice générale

Geneviève Laferrière
Agente de développement

Nancy Larivière
Agente de développement

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS	2
Mandat	5
Méthodologie	5
1.1 Revue documentaire	5
1.2 Base de données Excel	8
Santé mentale	9
1.3 La lutte aux préjugés de l'hôpital psychiatrique et la santé mentale - Une web-série documentaire et site internet.	9
1.4 Programme PEARLS (Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors)	13
1.5 Soutien aux victimes de torture - Mount Sinai Hospital	18
Santé primaire	21
1.6 Clinique santé Boréal.....	21
1.7 L'autobus des soins de santé primaires rejoint les populations qui ne sont pas desservies	25
1.8 Bridging General and Specialist Care (BGSC) Project (projet de rapprochement entre les soins généraux et spécialisés)	30
Soins aux aînés	37
1.9 Programme d'accompagnement en fin de vie - plus « d'humanité ».....	37
1.10 Programme d'exercice de groupe pour les maisons de soins de longue durée	41
1.11 West Prince Telehospice	45
1.12 Programme de sensibilisation des personnes âgées.....	50
Maladies chroniques	55
1.13 Transposer l'autogestion des maladies chroniques dans les régions rurales et éloignées du Rocher-Percé	55
1.14 Améliorer la prise en charge des patients diabétiques grâce à la télémédecine.....	59
1.15 Accès des consommateurs à des renseignements sur la santé personnelle pour l'auto prise en charge de l'asthme	62
ANNEXES	
Santé mentale	67
1.16 Familles et écoles travaillant ensemble (FETE)	67
1.17 Système de sécurité au travail pour les travailleurs communautaires	74
1.18 Quatrième R	74

Santé primaire	79
1.19 Soins intégrés pour les populations complexes	79
1.20 Participation du patient et de la famille - mettre les patients au cœur de leurs soins de santé	80
1.21 Projet albertain axé sur la promotion de la vie active et de l'alimentation saine dans les écoles (APPLES)	87
1.22 Programme de soins à domicile et en milieu communautaire respectueux.....	88
1.23 Cartographie des réseaux.....	94
1.24 Virtual Web Community.....	95
1.25 Love Chat	96

MANDAT

L'Entité de planification des services de santé en français d'Érié St. Clair / Sud-Ouest, l'Entité de planification des services de santé en français dans les régions de Waterloo Wellington, Hamilton, Niagara, Haldimand Brant et le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario souhaitent explorer les pratiques exemplaires en matière de livraison de soins de santé primaire dans des contextes visant des populations minoritaires, marginalisées ou ayant des caractéristiques distinctives ou défis particuliers en comparaison à la population générale. Une exploration sommaire a été réalisée et a permis de répertorier 352 pratiques exemplaires en Ontario, au Canada et à l'étranger, au sein des communautés minoritaires de langues officielles et dans d'autres circonstances où les bénéficiaires sont minorisés ou marginalisés en rapport à une communauté majoritaire.

Les pratiques exemplaires ont fait l'objet d'une description sommaire. Un premier niveau d'analyse a identifié ces pratiques exemplaires pour les communautés francophones d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest de l'Ontario, notamment les collectivités rurales ou isolées, les clientèles cibles.

Parmi les idées-déclencheurs identifiées, nous avons exploré plus en détail des pratiques exemplaires sous forme d'études de cas plus développées afin d'illustrer pour les décideurs les éléments cruciaux de chaque pratique et d'évaluer sommairement les facteurs de faisabilité dans un contexte de francophonie minoritaire en Ontario. Un accent particulier fut placé sur quatre thématiques que sont : la santé primaire, la santé mentale, les personnes âgées et les maladies chroniques.

MÉTHODOLOGIE

1.1 Revue documentaire

Objectif : Répertorier des pratiques exemplaires dans la livraison de services de santé aux personnes vivant en situation minoritaire ou marginalisée, en mettant l'accent sur quatre thématiques : santé primaire, santé mentale, personnes âgées et maladies chroniques.

Le répertoire de pratiques exemplaires est présenté dans un chiffrier Excel imbriqué dans ce document. Les champs de recherche Web ont visé notamment les agences et/ou instituts suivants :

- La Société santé en français (SSF) et ses réseaux membres;
- Le Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS) et l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO);
- Le Fonds d'adaptation des soins de santé primaire (Santé Canada - 2000 à 2006);
- L'Agence de santé publique du Canada (Portail canadien des pratiques exemplaires);
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Conseil canadien de la santé et Agrément Canada (Base de données des pratiques exemplaires);

- Rapports de recherche de la Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow, 2002) et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé;
- Le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les Réseaux locaux d’intégration des services de santé (RLISS) de l’Ontario;
- Qualité des services de santé Ontario (Health Quality Ontario) et les Health Quality Councils provinciaux et territoriaux;
- L’Association des infirmières et infirmiers du Canada et les autres ordres professionnels;
- Agency for Healthcare Research and Quality, Bureau of Primary Health Care – Models that Work Campaign (Health Center / Look-Alikes) - U.S. Department of Health and Human Services - et National Institutes of Health aux États-Unis d’Amérique;
- Rural and Regional Health Australia (Department of Health), Australian Institute of Health and Welfare et Australian Primary Care Collaboratives,
- The King’s Fund (Angleterre) Primary and community care, National Health Services Institute for Innovation and Improvement (Primary Care) en Grande-Bretagne,
- Et d’autres explorations selon les liens découverts.

Notes explicatives pour l’utilisation de la base de données Excel

La méthodologie proposée visait à identifier entre 200 et 250 pratiques exemplaires pertinentes en termes d’éventuels modèles de services en français, en mettant l’accent sur les thématiques suivantes : la santé primaire, la santé mentale, les personnes âgées et les maladies chroniques. Nous avons recensé au total de 352 pratiques. Les projets/pratiques recensés ont été inscrits dans une banque de données Excel contenant six onglets intitulés :

1^{er} onglet : Filtrés par catégorie

2^e onglet : Santé mentale

3^e onglet : Santé primaire

4^e onglet : Aînés

5^e onglet : Maladies chroniques

6^e onglet : Projets abordant plusieurs thématiques

Le premier onglet regroupe l'ensemble des projets/pratiques recensés. De façon générale, les projets/pratiques visant les aînés sont soit du domaine de la santé mentale, des maladies chroniques ou de la santé primaire. Sur chaque onglet, les projets/pratiques sont présentés sous les rubriques suivantes.

Colonne A - Titre du projet

Nous avons inscrit le titre complet du projet/pratique. Quand le titre est bilingue, nous l'avons inscrit dans les deux langues (anglais et français).

Colonne B - Catégorie

Nous avons inscrit la catégorie à laquelle le projet/pratique s'intéresse parmi les quatre proposées dans la démarche méthodologique.

Colonne C - Année de publication ou de mise en œuvre

Nous avons inscrit l'année de publication ou de mise en œuvre. Cette donnée n'était pas disponible dans 178 cas. Dans ces cas, l'année n'était pas inscrite dans le document, ou dans le site Web qui présentait le projet/pratique. Certains sites présentaient des dates composées (par exemple 2002-2003). Dans ces cas, nous avons arbitrairement inscrit la première année de la date composée.

Colonne D - Auteur

Nous avons inscrit le prénom de l'auteur suivi de son nom de famille. S'il y avait plusieurs auteurs, nous inscrivons les autres auteurs à la suite du premier dans la même cellule. S'il y avait plus de 4 auteurs, nous indiquons le nom du premier auteur seulement suivi de la mention « et al. ». Si l'auteur est une institution ou un organisme, le nom de l'institution/organisme est inscrit.

Colonne E - Hyperlien

Nous avons copié et collé l'adresse web (URL) où l'on peut consulter le projet/pratique. À la date de la remise de la banque de données, tous les hyperliens étaient fonctionnels.

Colonne F - Communauté visée

Nous avons identifié et inscrit la nature de la population que vise le projet/pratique. Si le projet concerne une communauté hors du Canada, le pays concerné est inscrit.

Colonne G - Point clé

Pour permettre de mieux cibler ses actions dans chaque projet, nous avons aussi souligné les points clés de chaque projet/pratique recensé.

Colonne H - Thème abordé

Nous avons noté le sujet abordé de façon significative dans chaque projet/pratique. Certains projets/pratiques pouvaient aborder plus d'un sujet. À titre d'exemple, les projets concernant les aînés abordaient soit une question de santé mentale, de santé primaire ou de maladies chroniques.

Colonne I - Pertinence de la pratique

Nous avons indiqué le niveau de pertinence, soit 1, 2 et 3 correspondants respectivement à peu, assez ou très pertinent, en lien avec le projet.

Note sur les projets/pratiques en anglais

Si l'information originale sur le projet/pratique est en anglais, nous avons rédigé en français ou en anglais (dans certains cas) un paragraphe pour les colonnes G et H.

Un survol de la banque de données de l'analyse documentaire

Le produit principal de l'analyse est une banque de données Excel. Le logiciel Excel permet l'utilisation des filtres pour effectuer un croisement parmi les catégories de classement des projets/pratiques.

Ainsi, en ouvrant et fermant les filtres, les utilisateurs de la banque de données peuvent repérer rapidement les projets/pratiques publiés ou mis en œuvre en 2009 qui abordent la santé mentale, la santé primaire ou les maladies chroniques.

Les lignes 1 à 5 de chacune des feuilles ont été figées afin de conserver la zone des titres lors du défilement de l'écran pour accéder aux données recensées.

La dernière ligne de chaque feuille donne l'information sur le total de projets/pratiques recensés dans chaque catégorie. Nous rappelons ici que la première feuille (Filtrés par catégorie) regroupe l'ensemble des projets/pratiques recensés. La somme des données figurant sur chaque feuille est supérieure au total recensé parce que les projets/pratiques visant les aînés sont recensés à l'intérieur des autres trois autres catégories.

1.2 Base de données Excel

La base de données Excel produite et fournie séparément présente une liste de près de 352 titres de pratiques exemplaires répertoriées selon les quatre catégories identifiées.

Dossier Excel imbriqué dans la version électronique de ce document :



Feuille Microsoft
Office Excel 97-2003

Études de cas

SANTÉ MENTALE

1.3 La lutte aux préjugés de l'hôpital psychiatrique et la santé mentale - Une web-série documentaire et site internet.

1.3.1 Description

En 2008, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (l'Hôpital), aujourd'hui connu sous le nom de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, avait comme objectif de faire la lutte aux préjugés sur la santé mentale. L'initiative visait donc l'embauche d'un stagiaire qui allait mener de front ce projet durant la période estivale. L'étudiant et cinéaste Alexandre Hamel a ainsi répondu à l'offre d'emploi de l'Hôpital et fût embauché pour un contrat de huit semaines autour d'un projet dénommé projet « Clé 56 ».

Clé56.com est bien plus qu'un site Web. C'est à la base en référence à la clé passe-partout qui donne accès aux unités de soins de l'Hôpital. Mais c'est également une plateforme interactive qui permet de plonger dans l'univers des soins psychiatriques au quotidien. Grâce aux entrevues, aux images et aux récits d'Alexandre, l'auditoire a la chance d'observer la réalité des patients et du personnel de cet institut psychiatrique montréalais. Au total six épisodes d'environ cinq minutes ont été tournés sans filtre ni restriction sauf celle de respecter la volonté des usagers et des membres du personnel qui ne souhaitaient pas participer au projet. En effet, le jeune cinéaste avec la clé passe-partout, s'est promené où il le voulait, quand il le désirait à l'intérieur de l'Hôpital.

Ainsi, les personnes qui témoignent dans les capsules vidéo produites dans le cadre de ce projet ont consenti à être filmées par assistance ou non. Les capsules permettent de mieux saisir la démarche auprès des patients qui cheminent vers leur rétablissement. Les thèmes de l'accompagnement, de la confrontation, des traitements, de la médication, de l'isolement, l'internement, etc., composent les segments informatifs des capsules, mais également du site Web du projet. Des sections d'informations sur divers sujets et préjugés qui accompagnent les clips sont offertes aux internautes, puis servent également aux dialogues engagés sur la page Facebook du projet.

1.3.2 Étapes de la réalisation / programmation

Le projet fut mis sur pied par le département des communications et des relations publiques de l'Hôpital, soit Jean Lepage et Catherine Dion. La première étape consistait à monter un projet avec environ 6 000\$ en main. Ce budget couvrait le salaire du stagiaire. Le projet a pris son envol avec l'embauche d'Alexandre.

Par la suite, l'équipe a informé le personnel, les patients et des membres de la direction du projet qui allait prendre place au cours de l'été au sein de l'Hôpital. Le tournage a démarré avec

une totale carte blanche pour le cinéaste qui s'est approprié des lieux aux déjeuners, dîners et soupers parmi les préposés et patients. Le montage s'en est suivi de six capsules.

Entre temps, l'équipe des communications s'est chargée de préparer et de programmer le site Web sur lequel seraient présentés les capsules et les volets informatifs sur la santé mentale.

Parallèlement, un plan de communication entourant la diffusion des capsules au grand public fut élaboré. Enfin, la dernière étape consistait à évaluer et à suivre l'impact et l'effet des diffusions des capsules auprès du public.

1.3.3 Points forts

- L'équipe de la communication a piloté le projet et facilité son déroulement.
- Ce projet a permis de faire tomber les préjugés et percer le mystère qui se cache derrière les portes d'un institut psychiatrique par l'entremise d'images sans filtre.
- Le personnel, incluant les chefs des unités de soins, a participé adéquatement au déroulement et à la réussite du projet.
- Les portes s'ouvraient davantage au cinéaste quand le même personnel appuyait la démarche
- Ce projet a permis d'exposer et de mieux comprendre dans quel cercle vicieux les patients se retrouvent parfois (ils veulent sortir, mais sont contraints à l'internement, puis s'ils ne prennent pas leur médication, leur séjour se prolonge, car ils ne démontrent pas un rétablissement prévu, etc.)

1.3.4 Difficultés

- Certains membres du personnel ont perçu ce projet comme un désagrément ou un dérangement dans leur travail.
- Obtenir le consentement des certains membres du personnel à s'ouvrir et s'exposer dans leur travail au quotidien, puis à signer un droit à l'image.
- Les croyances religieuses et les cultures diverses sont entrées en jeu au cours du tournage.
- Il est à noter des risques d'instabilité, de crise ou de situation d'urgence pendant le tournage.
- Couper des semaines de tournage pour en arriver à seulement 6 capsules d'environ 5 minutes chaque qui seront diffusées sur le site Web clé56.com, via YouTube.

1.3.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Un cinéaste ou un étudiant ou un finissant en cinéma ou un programme connexe. Cela peut-être également dans le domaine de la santé.
- Un superviseur de projet.

- Une équipe de professionnels, de médecins ou d’infirmières, puis de la direction prête à s’exposer devant la caméra.
- Des patients prêts à témoigner devant la caméra.
- Un programmeur / concepteur de site Web.
- ❖ **Infrastructures et matériel**
- Équipement de tournage du cinéaste (caméra, micro, piles, trépieds, etc.).
- Au besoin, studio de montage ou ordinateur.
- Un hôpital psychiatrique ou un centre offrant des traitements / services similaires.

1.3.6 Temps et compétences requis

- Le projet actuel a requis huit semaines de tournage dans les corridors et locaux de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ceci est en plus du temps de montage des capsules et de la conception du site Web clé56.com qui ont pu s’étaler sur plusieurs semaines.
- La patience, la compréhension, l’ouverture et la curiosité étaient de mise pendant le déroulement de ce tournage
- Ce projet a permis une belle expérience en montage vidéo et captation sonore avec la participation d’un artiste cinéaste, d’un producteur ou vidéaste.
- Il s’agit également d’un projet académique ayant recours à un étudiant ou stagiaire issu du domaine de cinéma, de la photographie, du film, de court métrage, dans un programme de santé mentale.

1.3.7 Financement

Ce projet a été favorisé par l’institut universitaire de santé mentale qui a ouvert ses portes dans le but de contribuer à diminuer les préjugés en santé mentale. Aussi des partenaires communautaires du domaine et des cégeps ou collèges qui offrent les programmes de cinéma, de photographie ou de santé mentale ont aussi contribué à ce projet.

1.3.8 Retombées

- 800 membres Facebook
- 90 000 visionnements.
- 18 000 visiteurs sur le site de clé56 d’après des informations relevées en 2010.
- En novembre 2009, au Pavillon Bedard du centre d’enseignement Frederic Grunberg, 230 personnes du grand public assistent à une soirée débat « La santé mentale : ce n’est pas arrangé avec le gars des vues ! » animé par le journaliste Yannick Villedieu.
- Nombreux articles de journaux, reportages télé et entrevues médiatiques ont été publiés.

- Ce projet a donné lieu à une deuxième série documentaire de huit épisodes diffusée à TV5 intitulée « Maison de fous » mise en nomination deux fois aux Prix des Gémeaux.

1.3.9 Argumentaire

La pertinence du projet réside dans des données issues de l'enquête sur la santé mentale des Montréalais en 2002. Quelle que soit la nature du problème, seulement 50 % des personnes nécessitant de l'aide avaient eu recours à des services. De plus, l'enquête révélait que les préjugés s'ajoutent aux souffrances et aux contraintes qui pèsent sur la personne atteinte d'une maladie mentale et conduit à son isolement social. C'est donc dans ce contexte que l'Hôpital a choisi de mettre l'accent sur l'idée de parler ouvertement et publiquement de la santé mentale pour faire lutte aux préjugés.

Le format retenu du documentaire fut privilégié, car il permet de raconter ce qui est vu et vécu, plutôt que de cadrer un message corporatif dans des images choisies et prédéterminées, voire scénarisées, d'un centre ou d'une institution. Le libre choix au récit permet ainsi d'éviter les filtres d'une vidéo corporative. Sous cet angle, le documentaire est le véhicule parfait pour illustrer la réalité et faire tomber les préjugés.

Enfin, des projets connexes et similaires sur le Web se sont avérés moins « populaires » en termes de visionnements en raison du fait qu'ils étaient scénarisés et dirigés (entrevues, témoignages plutôt traditionnels, etc.). D'ailleurs, le cinéaste Alexandre Hamel recommande que, si le projet était à refaire, il serait plus opportun d'utiliser directement les plateformes des médias sociaux plutôt qu'un site Web statique, car de plus en plus de jeunes et des gens du grand public s'y trouvent. Ces gens seraient davantage susceptibles d'être rejoints par l'entremise de ces plateformes notamment dû à leurs habitudes de consommation des vidéos et de contenu en ligne (en soirée par exemple, les gens vont sur leur Facebook plutôt que sur des sites Web, etc.).

Divers aspects peuvent être mis à profit dans un projet similaire à Clé56 pour la région desservie, puisque la gamme de services offerts aux jeunes élèves par le biais de partenariats avec les conseils scolaires semble bien entamée. Il est fort à parier que la lutte aux préjugés en santé mentale en utilisant les réseaux sociaux, dont Facebook, en particulier, peut renforcer les efforts à l'extérieur des salles de classe et permet le partage des capsules vidéo entre cercles d'amis, en français. Le site web **We R Kids.ca**, destiné aux jeunes de la région de Windsor Essex, est conçu en anglais. Malgré une section dédiée aux autochtones, rien n'est accessible aux adolescents ou aux familles de jeunes enfants francophones de la région.

Étant donné que les services de promotion ou de prévention de la maladie mentale semblent être à l'étape d'ébauche ou presque inexistant dans la région, de telles capsules ouvrant les portes d'un institut psychiatrique et démontrant de réelles interventions normales pourraient laisser présager les préjugés. En effet, selon Santé mentale pour enfants Ontario, 70 % des problèmes de santé mentale surviennent à l'adolescence. Conjointement avec les RLISS, les promoteurs peuvent choisir d'intervenir en amont à ce niveau pour les adolescents francophones de la région à risque de se retrouver dans cette proportion.

L'aspect de l'accessibilité peut aussi être véhiculé dans les capsules en mettant en lumière l'accueil qui est fait aux usagers, les soins qu'ils reçoivent, mais surtout l'encadrement qui leur est fourni en français. Ceci met en exergue le sentiment de crainte de se ramasser dans un lieu

où des fous en jaquette marchent à longueur de journée dans les corridors; un préjugé qui peut être dissipé par ces capsules documentaires.

1.3.10 Contact

Cinéaste documentaire, reporter, moniteur
Artiste interdisciplinaire
alex@alexhamel.com
Tél. : 514 963-1501

Jean Lepage
Adjoint à la direction générale, communications
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Tél. : 514 251-4000
Courriel : jlepage.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Catherine Dion, Service des communications
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Tél. : 514 251-4000, poste 2986
Cell. : 514 235-4036
Courriel : catherine.dion.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

1.3.11 Références

- <https://www.accreditation.ca/fr/node/6465>
- www.cle56.com
- <http://www.iusmm.ca/institut.html>

1.3.12 Projets connexes

- <http://alexhamel.com/maisons-de-fous/>
- Luc Vigneault, pair aidant et possible conférencier ou cinéaste:
<http://www.iusmm.ca/institut/actualites/pair-aidant-a-tlmep.html> et ses 2 livres :
http://www.performance-edition.com/index.php?option=com_virtuemart&page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&category_id=31&product_id=121&Itemid=54 et
<http://www.contrerlastigmatisation.ca/lecture.shtml>

1.4 Programme PEARLS (Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors)

1.4.1 Description

Le programme Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors (PEARLS) est une intervention qui encourage les aînés à avoir une vie active et enrichissante. Il a été conçu pour

traiter la dépression mineure et la dysthymie chez les aînés âgés de 60 ans et plus, qui reçoivent à domicile des services sociaux offerts par des organismes de services communautaires. De façon générale, les personnes qui ont participé à ce programme vivaient relativement confinées dans leurs domiciles et avaient en moyenne cinq problèmes de santé chronique. Le programme a pour objectif de réduire les symptômes de dépression et d'améliorer la qualité de vie liée à la santé.

L'intervention se déroule généralement en six ou huit séances (de 50 minutes chaque) pendant une période de six mois aux domiciles des patients. Elle consiste à traiter les problèmes, à suivre une thérapie d'activation comportementale, et à organiser des activités plaisantes. Les conseillers encouragent les participants à utiliser les services communautaires existants et assister à des événements locaux. Les personnes traitées dans le cadre du programme avaient trois fois plus de chance de connaître une réduction de leurs symptômes dépressifs que ceux qui n'avaient pas participé au programme.

1.4.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Le programme consiste en huit séances de 50 minutes sur une période de 19 semaines avec un travailleur social formé et se déroule aux domiciles des participants. Durant l'intervention, les conseillers utilisent trois techniques de gestion de la dépression. La première consiste en une démarche de traitement durant laquelle les patients apprennent à reconnaître les symptômes dépressifs, à identifier les problèmes qui peuvent contribuer à la dépression et à concevoir des mesures pour résoudre ces problèmes. La deuxième technique repose sur la planification d'activités sociale et physique et la dernière soutient les patients dans la planification et la participation à des événements agréables et plaisants. Au cours des 19 semaines que dure le programme, les patients bénéficient de huit semaines d'intervention (de 50 minutes chacune) durant les semaines 1, 2, 3, 5, 7, 11, 15 et 19. Avant les sessions ordinaires de counseling, un processus de recrutement des participants potentiels et de dépistage des troubles dépressifs doit d'abord avoir lieu. Au cours du traitement, les conseillers doivent prêter attention aux besoins des participants et aux façons de mener les séances. Tout au long des séances, une surveillance clinique continue sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire est offerte aux participants.

Le programme a été mis en œuvre pour la première fois à Seattle (Washington aux États-Unis) dans deux centres locaux qui offrent des services aux groupes visés. Pour recruter les participants, les promoteurs ont communiqué avec les centres pour atteindre les patients visés et d'autres personnes se sont présentées d'elles-mêmes. Les personnes dont la candidature avait été soumise par un tiers ont fait l'objet d'une sélection au moyen d'une entrevue clinique structurée fondée sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - quatrième édition (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4). Les personnes qui ont été exclues de l'étude ne faisaient pas de dépression ou souffraient de dépression majeure, de trouble bipolaire, de psychose, d'abus d'alcool ou d'autres drogues, et de déficience cognitive (mini-examen de l'état mental ou MMSE).

Les deux centres ont réalisé l'intervention dans le cadre de la première étude d'évaluation du PEARLS menée par le développeur en 2000. Depuis 2008, plus de 40 projets PEARLS ont été actifs aux États-Unis. Les agences ayant mis en œuvre le programme comprennent des organismes pour personnes âgées, des centres de santé mentale communautaires et d'autres

organisations communautaires. Environ 1 900 clients ont participé à ces projets et plus de 300 fournisseurs ont été formés à ce jour. L'assistance technique est fournie par le Centre de promotion de la recherche en santé de l'Université de Washington. Les fournisseurs du programme procèdent souvent à des évaluations de leur programme pour des fins internes ou pour le compte des bailleurs de fonds.

1.4.3 Points forts

- Amélioration de l'hygiène de vie et développement des habiletés.
- Augmentation de la capacité d'adaptation.
- Développement d'un réseau de soutien social –et réduction de l'isolement social.
- Fourniture des renseignements à propos des dangers d'un facteur ou d'une condition de risque.
- Offre de brèves informations à ceux qui sont à haut risque face à une maladie chronique.
- Établissent des liens avec les infrastructures communautaires existantes.
- Contribution à une meilleure prise en charge des aînés souffrant de maladie mentale.
- Apport d'un soutien aux aidants naturels.
- Amélioration de l'offre de services à domicile.
- Favorisation du partenariat entre les milieux universitaires et communautaires.

1.4.4 Difficultés

Certains obstacles à la mise en œuvre du programme ont été identifiés. Il s'agit entre autres de la possibilité de recruter des clients non éligibilités au programme, surtout dans le cas de patients qui se présentent d'eux-mêmes, des croyances à l'égard des instruments et des techniques de dépistage de la dépression et la charge de travail qui s'ajoute aux charges habituelles des gestionnaires de cas. Dans de nombreux cas, les préjugés sur les maladies mentales peuvent représenter un frein au recrutement des personnes ayant besoin de traitement.

Les anciens combattants (hommes et femmes), les membres des minorités ethniques, les personnes ayant un niveau de compréhension limité en anglais, les aînés âgés de plus de 75 ans, les aînés à faible revenu et les personnes résidant dans les communautés rurales ont été identifiés comme étant la clientèle difficile à joindre. En somme, les défis de recrutement de la clientèle cible sont en lien avec la stigmatisation, la méfiance des patients, les perceptions négatives à l'égard des projets de recherche, l'isolement créé par la situation géographique des communautés et les barrières socio-économiques.

1.4.5 Ressources nécessaires

- ❖ **Ressources humaines**
 - Agents de mise en œuvre.

- Professionnels et para professionnels.
- ❖ **Infrastructures et matériel**
- Centres communautaires disponibles dans la communauté.
- Boîte à outils (guides de mise en œuvre, formulaires, outils de collecte de données, ententes de collaborations, etc.).
- Matériel de formation (les agents de mise en œuvre reçoivent deux jours de formation en dehors du cadre de travail).
- Modules de formation en ligne.
- Assistance technique mensuelle (par conférence téléphonique).

1.4.6 Temps et compétences requis

Le programme se déroule sur une période d'environ 6 mois (huit séances offertes en 19 semaines) et est offert par des centres communautaires œuvrant auprès des aînés et des patients souffrant ou présentant des signes de maladies mentales. Le temps nécessaire pour le développement du programme n'est pas mentionné dans la documentation. L'intervention exige la participation de personnel possédant des compétences poussées (Assistants sociaux ayant au moins une maîtrise, psychiatres et autres professionnels de santé mentale), mais qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention. L'équipe d'intervention doit être hautement compétente et avoir une capacité de collaboration très élevée. Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte.

1.4.7 Financement

La littérature ne fournit pas d'information sur le coût de l'intervention.

1.4.8 Retombées

Le programme utilise les outils ci-après pour mesurer les comportements individuels des participants : Échelle HSCL-20 (Hopkins Symptoms Checklist 20) pour les symptômes de dépression et le questionnaire générique FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-General) pour la santé et la qualité de vie. Après 12 mois, les personnes traitées dans le cadre du programme avaient trois fois plus de chance de connaître une réduction de leurs symptômes dépressifs que ceux qui n'avaient pas participé au programme. Les participants ont souligné que le programme, en plus de traiter la dépression leur a apporté d'autres bénéfices comme l'augmentation des activités physiques et récréatives, le soutien social, une meilleure qualité de vie et une augmentation de l'autonomie. Le programme a été aussi administré à des participants souffrant d'épilepsie et de dépression concomitante. Il a été constaté chez ces derniers, une réduction de la dépression et de pensées dépressives et une augmentation du sentiment de bien-être.

En 2007 avec l'appui de l'Administration des services aux aînés et aux personnes handicapées de l'État de Washington, les boîtes à outils de PEARLS ont été développées pour favoriser la vulgarisation et la mise en œuvre du programme dans des centres communautaires à travers les États. Les fournisseurs du programme et des participants formés provenant de 14 États

participent aux séances d'assistance technique (via téléconférence) animées par l'équipe de recherche du programme. Ces séances offrent l'occasion de résoudre certains problèmes et de proposer des stratégies pour surmonter les obstacles organisationnels. Le programme a été inclus dans certaines pratiques de traitement de toxicomanie et a reçu en 2011 un prix en termes d'innovation.

1.4.9 Argumentaire

Contrairement à la croyance populaire, la dépression n'est pas nécessairement ni exclusivement associée à la vieillesse. Elle peut apparaître chez les individus de tout âge et nécessite d'être traitée. Bien que la dépression et le vieillissement ne soient pas de pair, on remarque qu'un nombre important de personnes âgées en sont victimes. Selon la Société canadienne de psychologie (SCP), un nombre important des symptômes de la dépression touche les aînés au pays. Selon les statistiques de la SCP, 5 à 20 % des aînés autonomes au Canada éprouvent des niveaux cliniques de dépression et ce taux est plus élevé chez les patients atteints de problèmes médicaux graves (25 %). La société estime que 25 % des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer lutteront contre la dépression au début de leur maladie. En outre, parmi les personnes âgées qui vivent dans des maisons de soins infirmiers ou à leur résidence, le taux de dépression est même plus élevé (entre 30 et 50 %) et 25 à 50 % des personnes âgées qui soignent un membre de la famille atteint de démence souffriront aussi de dépression.

Il a été établi que tant les aînés en milieu rural que ceux en milieu urbain couraient un risque d'isolement social. Toutefois, les facteurs de risque peuvent différer entre les deux groupes. En effet, le manque de ressources peut constituer un facteur de risque chez les aînés vivants dans les collectivités rurales ou éloignées. En Ontario, il est fréquent de voir des communautés rurales manqué d'un éventail complet de ressources ou de l'infrastructure requise pour permettre aux aînés de demeurer actifs dans leur collectivité (manque d'options de transport, moins de mesure de soutien à la collectivité, connectivité à Internet limitée ou absente). Quant aux aînés vivant en milieu urbain, l'isolement social peut découler davantage de la vie dans un environnement peu sécuritaire, du coût de la vie plus élevé ou d'un manque de contact avec les voisins, voir l'anonymat au sein de la collectivité.

Le dépistage, le diagnostic et le traitement de la dépression pourraient contribuer à prévenir le suicide parce que la dépression est le problème de santé mentale le plus souvent associé au suicide chez les personnes âgées. Les résultats des recherches suggèrent en général comme traitement une combinaison de psychothérapie et de médicaments antidépresseurs. Le programme PEARLS constitue aux États-Unis une des approches psychologiques les plus utiles qui traite la dépression des personnes âgées. Il pourrait être adapté pour répondre aux besoins et améliorer la situation de la population ontarienne qui fait actuellement face au vieillissement. Le programme renforce la capacité des collectivités et des organismes à prendre des mesures pour s'attaquer à l'isolement, la pauvreté et la dépression chez les aînés. Il mise sur les efforts des principaux intervenants et offre une approche pluridisciplinaire (milieux universitaire et communautaire). La collaboration et les mesures durables ont été mentionnées comme des éléments essentiels de la réalisation du programme.

1.4.10 Contact

Lesley Steinman, M.S.W., M.P.H.
University of Washington Health Promotion Research Center
Tél. : 206 543-9837
mlesles@uw.edu

1.4.11 Références

- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/~cbpp/public/wp-content/themes/wet-boew306/print-interventions.php?plD=2871&lang=fr>
- <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198486>
- <http://www.pearlsprogram.org/Our-Program.aspx>
- <http://depts.washington.edu/hprc/depression>

1.4.12 Projets connexes

Le Quatrième R : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/forever-free/>

Familles et écoles travaillant ensemble (FETE) : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/families-schools-fst/>

1.5 Soutien aux victimes de torture - Mount Sinai Hospital

1.5.1 Description

Le Mount Sinai Hospital offre un soutien à la gestion au Centre canadien pour victimes de torture. Les cadres supérieurs visitent le Centre afin de former le personnel. En plus, quatre journées par semaine, des médecins du service en santé mentale se rendent au Centre afin d'offrir leurs services aux victimes. Étant donné que bon nombre des victimes ont des antécédents culturels qui stigmatisent les personnes qui veulent obtenir un soutien psychologique ou psychiatrique, elles jugent cela plus acceptable que de se rendre dans des cliniques d'un établissement de soins de santé. Ainsi, davantage de personnes reçoivent un traitement approprié.

1.5.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Le partenariat entre l'hôpital Mount Sinai de Toronto, Sherbourne Clinic, Regent Park, East End Community Health Centres et un groupe de médecins membres du réseau du Centre canadien pour victimes de torture a permis l'accès aux soins de santé mentale pour les clients du Centre canadien pour victimes de torture. Ce groupe de collaborateurs se rend dans les locaux du Centre pour consulter sur place les clients nécessitant des soins. Les soins incluent aussi des interventions en cas de crise. Les services sont offerts en fonction de la langue des patients, du profil et de l'âge des patients. Cette approche facilite la création de réseau et lie les personnes nouvellement arrivées qui sont souvent déconnectées.

Les informations disponibles ne permettent pas de développer tous les volets du projet.

1.5.3 Points forts

- Collaboration entre milieux communautaire, hospitalier et universitaire.
- Prise en charge de personnes vulnérables.
- Accommodation des usagers.
- Démystification de la maladie mentale.
- Amélioration de la prestation de services.
- Soutien aux communautés défavorisées.

1.5.4 Difficultés

- Défis de prise en charge de groupe ayant des valeurs culturelles.
- Identification des personnes nécessitant les soins.
- Stigmatisation des victimes de torture.

1.5.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Professionnels soignants (Infirmiers, spécialistes)
- Agents de mise en œuvre du projet
- Personnel de soutien

❖ Infrastructures et matériel

- Salle de consultation
- Salle communautaire
- Fiche de sensibilisation
- DVD pour la sensibilisation

1.5.6 Temps et compétences requis

Information non disponible

1.5.7 Financement

Information non disponible

1.5.8 Retombées

Information non disponible

1.5.9 Contact

Mount Sinai Hospital

Centre canadien pour victimes de torture

1.5.10 Références

<https://accreditation.ca/fr/node/6326>

1.5.11 Projets connexes

La recherche n'a pas pu identifier de projets connexes.

SANTÉ PRIMAIRE

1.6 Clinique santé Boréal

1.6.1 Description

Grâce à une entente entre le Collège Boréal à Sudbury, la pharmacie Bradley et l'École secondaire du Sacré-Cœur, les étudiantes et étudiants du Collège Boréal sont maintenant en mesure d'offrir certains services de santé à l'ensemble de la communauté francophone du Grand Sudbury. Les étudiants inscrits à un programme de l'École de sciences de la santé du Collège Boréal ont l'occasion de travailler à la clinique dans le cadre d'un stage et de mettre en pratique les notions et les connaissances théoriques apprises durant leurs études. Ceux-ci sont sous la supervision de personnes qualifiées afin d'offrir gratuitement, ou du moins à très peu de frais, les services suivants : la vérification de la température, du pouls et de la pression artérielle, les massages thérapeutiques, les examens bucco-dentaires, les conseils en matière de promotion de bonnes habitudes de santé, entre autres.

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) appuie ce projet communautaire qui assure la prestation de services de santé reliés aux programmes de physiothérapie et d'ergothérapie, de soins infirmiers auxiliaires, de massothérapie ainsi que d'hygiène dentaire.

Les élèves de l'École secondaire du Sacré-Cœur qui suivent une Majeure haute spécialisation en santé et bien-être profitent également de ce partenariat, car ils ont l'occasion d'acquérir une expérience pratique sur le terrain lors d'un placement COOP à la Clinique santé Boréal.

1.6.2 Étapes de la réalisation / programmation

Le modèle de la clinique santé Boréal n'est pas unique puisqu'il avait déjà été exploré à Sudbury au campus du Collège Boréal à l'époque, quelques services étaient offerts à la communauté, sur rendez-vous, à un nombre de places et à heures limitées et ces services étaient toutefois dispersés sur plusieurs étages, dans divers départements du campus, et ne permettaient pas la sensibilisation ou le développement des capacités liées à l'inter professionnalisme.

Maintenant, le regroupement de tous ces services en un seul et même lieu situé directement dans la communauté est une formule de guichet unique idéale pour tous. Le modèle fonctionne toujours sur rendez-vous pour les clients de la communauté. Ceux-ci peuvent téléphoner ou envoyer un courriel pour prendre rendez-vous. Les clients qui arrivent à la clinique sont accueillis et dirigés par les élèves de la MHS de l'École du Sacré-Cœur, qui veillent également à remplir et mettre à jour les dossiers des clients.

L'ouverture de la clinique s'est faite au terme d'un partenariat avec la Pharmacie Bradley de Sudbury qui occupe également les lieux. L'entente comprend la location des espaces de la clinique ainsi que le partage des frais de base, comme l'entretien ménager, la sécurité, l'électricité, etc.

1.6.3 Points forts

- Il existe une forte demande et succès dès l'ouverture de la clinique en janvier 2015.

- À ce jour, la demande dépasse la disponibilité des services.
- Quatre programmes du Collège Boréal prennent part à l'offre de services sous forme de stage pour leurs étudiants, ce qui contribue à pallier la pénurie de places en stage.
- Il s'agit d'une excellente expérience pour les étudiants avec un apprentissage en milieu professionnel en français et également une offre de services bilingue selon les besoins. L'expérience a permis de désengorger le système de santé avec très peu de coûts, quasi nuls, pour l'institution, autre que les salaires déjà budgétés du personnel enseignant.

1.6.4 Difficultés

- La planification de la gestion de la demande qui dépasse l'offre.
- L'Horaire à rotation plus limitative afin d'inclure une plage horaire à chacun des étudiants en apprentissage, selon les disponibilités des professeurs et technologues.
- La nécessité de prévoir tous les besoins et d'inclure éventuellement d'autres afin de répondre à la demande.

1.6.5 Ressources nécessaires

Un aperçu des fonds et des budgets requis pour les cliniques mentionnées au point des projets connexes plus bas peut être fourni ultérieurement dans le cadre de cette étude de cas.

❖ Ressources humaines

- Un technologue.
- Équipe de professeurs des programmes couverts, ce qui représente environ 7 professeurs par semaine sur place.
- Nombre d'étudiants équivalent à une soixantaine pour la durée de leur stage ou heures à la clinique (12 pour Massothérapie, 12 pour Physiothérapie, 30 pour Soins infirmiers auxiliaires, 5 à 7 en hygiène dentaire, puis une vingtaine de l'École Sacré-Cœur).
- Une doyenne qui supervise à distance les opérations, le rendement des équipes et la satisfaction des clients.

❖ Infrastructure et matériel

- Locaux loués et nécessaires à l'offre des soins d'hygiène dentaire, de massothérapie, de physiothérapie et de soins infirmiers auxiliaires.
- Tables de massage, chaises de dentisterie, équipement de soins primaires en soins infirmiers, etc. Ces équipements sont fournis par les programmes du Collège Boréal.
- Les appareils téléphoniques, administratifs et de communications sont également des biens du Collège Boréal.
- Un système de facturation pour les soins qui nécessitent des frais de base non gratuits ni couverts par la Régie de l'assurance maladie de l'Ontario (RAMO).

1.6.6 Temps et compétences requis

- Il aura fallu environ un à deux semestres pour mettre le projet en branle. D'abord pour assurer de sa faisabilité, puis obtenir la collaboration des partenaires impliqués et s'assurer du déménagement et du transfert des installations.
- Les compétences spécialisées recherchées dans le cadre de la clinique dépendent des soins qui y sont offerts et sont basés sur les besoins de la région également. Dans ce cas-ci, il s'agit de soins dentaires, de physiothérapie et de massothérapie, puis de soins infirmiers auxiliaires.
- Les compétences mentionnées requièrent la participation de personnel possédant ces compétences, donc issu du milieu professionnel relié au domaine de formation.
- Les heures de cliniques sont basées sur la disponibilité du personnel enseignant et professionnel, de manière plus spécifique basées sur les heures de laboratoires et de stages.
- Les heures d'ouverture de la clinique sont également établies en fonction de ces mêmes horaires ainsi que des rendez-vous des clients. Le tout fonctionne sur rendez-vous.

1.6.7 Financement

Ce projet a été financé par les institutions postsecondaires prêtes à développer le modèle et qui offrent ces types de programmes, ministères, RLISS, secteur privé qui œuvre dans le milieu de la santé, centre hospitalier, pharmacie, organismes communautaires, etc.

1.6.8 Retombées

Il est encore trop tôt pour évaluer de manière concrète et réaliste les retombées de la Clinique santé Boréal. Pour le moment, le seul constat demeure une demande qui dépasse l'offre. Quant aux bienfaits à long terme sur les déterminants de la santé de la population francophone, il est prudent d'attendre quelques années avant d'en tirer conclusion. Il en va de même avec l'impact positif sur les autres milieux, centres ou organismes qui œuvrent aussi en santé et offrent des services de santé primaires dans la région du Grand Sudbury.

Sur le plan de l'institution, le modèle s'avère exemplaire en ce qui a trait à la collaboration communautaire et le partenariat qui s'en est dégagé. Jusqu'ici, l'expérience s'est avérée plus que positive également pour le corps professoral qui se rend à la clinique pour encadrer et superviser les étudiants dans un contexte d'apprentissage hors de la salle de classe et dans un environnement professionnel. Quant aux étudiants, ils ont l'impression de réellement travailler en milieu professionnel avec des contacts directs avec la clientèle francophone.

La visibilité de la clinique est assurée en ayant pignon sur rue au cœur d'un quartier, le Moulin à fleur, qui nécessite ce type de clinique où les soins sont accessibles, gratuits, ou à très peu de frais. En effet, l'emplacement stratégique permet de desservir une portion de la population à faible revenu, parfois sans moyen de transport, plus à risque d'être en moins bonne santé que le reste de la population.

1.6.9 Argumentaire

L'idée est de sortir la clinique de son milieu académique et de l'implanter dans la communauté afin de la rendre plus accessible. C'est d'ailleurs ce qui rend ce modèle différent quant à ceux connexes identifiés ci-haut, soit celui de la Clinique médicale CSanté de La Cité à Ottawa, ainsi que la Clinique sans rendez-vous de l'Université d'Ottawa. Dans les deux cas, les cliniques sont situées sur campus, à part quelques sites satellites en périphérie de l'Université pour la clinique sans rendez-vous. Les soins qui y sont promulgués demeurent de base, principalement des conseils, l'évaluation et le traitement des maladies et des blessures mineures comme les coupures, les ecchymoses, les infections mineures, les entorses et les maladies de la peau. Des vaccins contre la grippe notamment y sont aussi offerts. Des frais peuvent s'appliquer pour certains soins non couverts par la RAMO.

Une autre pratique profitable et à considérer est l'offre de la clinique de l'Université d'Ottawa sur son site Web d'une liste de ressources et d'un répertoire de professionnels de la santé, dont ceux francophones (www.uottawa.ca/sante/emplacements/). Ceci pourrait compléter un besoin dans la région quant à l'absence d'un tel répertoire des ressources et de professionnels en français.

Enfin, il est plausible de croire que le modèle soit applicable en français dans la région desservie étant donnée la présence d'institutions postsecondaires et divers campus présents dans les grands centres urbains du territoire (Windsor, London, etc.). À titre d'exemple, le programme de Préposé aux services de soutien personnel offert par le Collège Boréal peut être un point de démarrage pour un projet pilote de services en français à Windsor. Il y a lieu d'identifier les zones où les besoins se manifestent davantage et où une portion de la population francophone présente des revenus de moyens à plus faibles comparativement au reste de la population entre autres.

1.6.10 Contact

Kim Morris, doyenne de l'École des sciences de la santé, Collège Boréal, Sudbury
Tél. : 705 560-6673, poste 4670
Sans frais : 1 800 361-6673
Courriel : kim.morris@collegeboreal.ca
Clinique santé Boréal, sante@collegeboreal.ca
Tél. : 705 521-6021 ou 705 560-6673, poste 3490

1.6.11 Références

- <http://www.collegeboreal.ca/nouvelles/details/le-college-boreal-offre-des-services-de-sante-a-la-clinique-sante-boreal/>

1.6.12 Projets connexes

Clinique sans rendez-vous de l'Université d'Ottawa
100 Marie Curie (suite 100), Ottawa (Ont), K1N 6N5
Tél. : 613 564-3950

<http://www.uottawa.ca/sante/services/sansrv>

Lundi au vendredi de 8 h à 20 h, ainsi que le samedi et dimanche de 10 h à 14 h.

Clinique médicale CSanté de La Cité, Ottawa

<http://www.csante.info/>

1.7 L'autobus des soins de santé primaires rejoint les populations qui ne sont pas desservies

1.7.1 Description

L'initiative d'autobus des soins de santé primaires est issue d'un partenariat entre la Saskatoon Health Region, M.D. Ambulance et le ministère de la Santé de la Saskatchewan. L'autobus dessert les secteurs de Saskatoon, où la population doit souvent surmonter des obstacles géographiques, sociaux, économiques et culturels. Le but est d'offrir directement des soins de haute qualité aux populations qui ne sont pas desservies, et de fournir une solution de rechange pour les personnes devant obtenir des soins pour des maladies bénignes à la salle d'urgence de l'hôpital. Les populations ciblées sont les autochtones, les nouveaux arrivants, les enfants, les personnes âgées et les populations de passage. Cette initiative facilite l'accès aux services et aux soins de santé et permet de diminuer, voire de supprimer les disparités dans l'offre de services.

L'autobus fonctionne tous les jours et fournit des services de soins primaires aux patients à divers endroits qui sont accessibles aux résidents. Les services sont offerts par des infirmières praticiennes et des ambulanciers paramédicaux et comprennent : la vérification de la pression artérielle et de la glycémie, le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures courantes, des tests de dépistage d'infections sexuellement transmissibles, la distribution de préservatifs, les tests de grossesse, les sutures et l'enlèvement de sutures, les soins des plaies, la gestion des maladies chroniques, la prévention des maladies, l'éducation sur la santé, et l'aiguillage.

1.7.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

En 2006, une étude examinant les disparités en matière de santé par quartier dans la région de Saskatoon a montré que les quartiers où les habitants ont un faible revenu de travail ont un indice d'utilisation des soins de santé plus élevée que la moyenne. De plus, le nombre de personnes malades est très élevé comparé à la population en générale et on observe des taux de natalité élevés chez les adolescentes. Les affections les plus fréquentes dans ces quartiers sont : les troubles mentaux, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la maladie coronarienne, la chlamydia, la gonorrhée et l'hépatite C. Les questionnaires de soins de santé primaires dans la région de santé de Saskatoon ont reconnu que les résidents de ces quartiers n'ont pas facilement accès aux soins de santé primaires. Pour répondre à cette préoccupation, un véhicule récréatif sera converti en clinique mobile dotée d'une salle de consultation entièrement équipée.

Au printemps 2007, deux employés de la société M.D. Ambulance Care Ltd faisaient partie d'une délégation canadienne qui a participé à une mission commerciale au Royaume-Uni. Au cours de cette mission, l'initiative « Mobile Community Medicine » du Royaume-Uni a retenu leur

attention. À leur retour de cette mission, la société a fait part de cette idée aux acteurs du domaine de la santé de la Saskatchewan. En juin 2008, la Région sanitaire de Saskatoon et la société M.D. Ambulance Care Ltd. ont proposé au ministère provincial de la Santé d'instaurer un centre de santé primaire mobile, « l'autobus de la santé » à l'instar de l'initiative du Royaume-Uni. Après plusieurs mois de recherche et d'établissement des faits, le programme qui est un partenariat entre la Région sanitaire de Saskatoon, la société M.D. Ambulance Care Ltd. et le ministère provincial de la Santé a été mis en place sous forme de projet pilote à l'été 2008.

À bord de l'autobus, des ambulanciers paramédicaux et des infirmières praticiennes travaillent en partenariat dans le but de s'occuper des populations vulnérables de Saskatoon sept jours sur sept, de 12 heures à 19 heures 45 minutes. Ils font de la sensibilisation et de la prévention, offrent des soins de base et intermédiaires (prise en charge des maladies chroniques et des plaies, vaccination) et assurent la liaison nécessaire avec les autres services sociosanitaires locaux. Un comité consultatif composé de représentants communautaires et d'autres partenaires appuie les activités du programme plus particulièrement pour le choix des emplacements et les heures d'ouverture de l'autobus de la santé.

1.7.3 Points forts

- Accessibilité aux soins
- Accueil chaleureux de l'équipe de soignants
- Sentiment de sécurité chez les patients
- Complémentarité pour les soins communautaires
- Équité dans l'offre de soins de santé
- Gratuité des soins
- Clinique sans rendez-vous
- Amélioration de l'offre et de la qualité des soins
- Contact entre professionnels et population
- Répond aux besoins des communautés
- Désengorgement des salles d'urgence
- Meilleure prise en charge des communautés éloignées
- Promotion de la santé
- Prévention des maladies
- Éducation des communautés vulnérables
- Collaboration interdisciplinaire
- Engagement communautaire
- Partenariat entre les secteurs privé et public
- Facile à adapter

1.7.4 Difficultés

- Défis des cliniques sans rendez-vous
- Impossibilité pour les professionnels d'envisager les cas nécessitant une prise en charge au quotidien
- Défis de prise en charge d'une population vulnérable

1.7.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Infirmiers et infirmières praticiennes
- Ambulanciers paramédicaux

❖ Infrastructures et matériel

- Autobus
- Matériel et équipement de soins
- Matériel d'accessibilité aux fauteuils roulants (Élévateur)
- Service d'entretien du matériel de soins et de l'autobus.

1.7.6 Temps et compétences requis

Il aura fallu plus d'une année pour mettre en branle le projet qui doit sa réussite à un partenariat solide et fort. Dans un premier temps la société MD Ambulance Care devait d'abord s'assurer de la faisabilité, de la collaboration de la Région sanitaire de Saskatoon et de l'appui du ministère provincial de la Santé. Dans un deuxième temps, il a été question de convertir un autobus en une clinique mobile dotée d'une salle de consultation entièrement équipée.

Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte. L'intervention exige la participation de personnel possédant des compétences poussées (infirmières praticiennes, ambulanciers paramédicaux), mais qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention. L'équipe d'intervention doit être hautement compétente et avoir une capacité de collaboration très élevée.

Les heures d'opération de la clinique mobile ont été établies en fonction des besoins de la population suite aux études réalisées dans le cadre du projet. L'autobus fonctionne tous les jours et la programmation est accessible en ligne le site de la Région sanitaire de Saskatoon et le tout fonctionne sans rendez-vous.

Le succès du programme dépend de l'engagement d'équipes interprofessionnelles uniques de soins de santé primaires; d'investissement de ressources pour les services de soins de santé primaires à un petit nombre de personnes et l'engagement des membres de la communauté dans les discussions sur la portée des services et l'emplacement de l'autobus.

1.7.7 Financement

La littérature disponible en 2011 indique que le projet reçoit chaque année du gouvernement provincial un appui financier de 350 000 \$, mais les frais d'opération annuels s'élèvent à environ 487 000 \$. Les sources de financement de cette différence 140 000 \$ n'ont pas été fournies dans la littérature.

Le groupe communautaire Synergy 8 a initié une levée de fond pour remplacer le premier autobus qui était presque hors d'usage. Un montant de 180 000 \$ a été amassé lors de cette collecte de fonds. La Région sanitaire de Saskatoon et le ministère provincial de la Santé ont apporté un appui supplémentaire et au total 360 000 \$ ont été réunis pour concrétiser la mise en service d'un nouvel autobus. Ce deuxième autobus offre plus d'espace (une salle de consultation supplémentaire) et une accessibilité pour les patients à mobilité réduite. Les compétences du personnel de première ligne ont été mises à contribution dans l'aménagement intérieur de ce bus.

Au Manitoba où il existe un projet semblable, les prévisions financières sont de l'ordre de 1,1 million de dollars par an pour chaque autobus. Ce montant qui provient du ministère provincial de la Santé inclut les frais d'opération et les salaires des professionnels.

1.7.8 Retombées

La littérature recensée indique qu'une évaluation des coûts et des économies de cette pratique n'a pas été complétée jusqu'en 2011. Bien que la pratique n'ait pas été officiellement évaluée, des témoignages, des observations, et les premiers résultats personnels suggèrent que la pratique peut conduire à l'amélioration des indicateurs de performance et au potentiel de produire des résultats positifs sur la santé. Les premières données cliniques mobiles suggèrent d'améliorer le dépistage pour les maladies chroniques (diabète et hypertension) et la coordination des soins (Conférence Board du Canada, 2012). De plus, la région sanitaire de Saskatoon fait le suivi de l'utilisation des programmes et des données démographiques des utilisateurs. Les informations recueillies sur le site d'Accréditation Canada montrent que :

- Les patients peuvent obtenir des conseils et des soins médicaux près de chez eux au lieu d'appeler le service 911, ce qui réduit directement le volume d'appels au service 911, atténue la pression sur ce service et permet à ses préposés de traiter les appels urgents prioritaires.
- En 2010, la répartition des 2 848 visites sans compter les vaccinations était de 48 % pour les Autochtones, 9 % pour les nouveaux arrivants, 25 % pour les enfants de moins de 16 ans, et de 7 % pour les personnes âgées (65 ans ou plus). Pendant la pandémie de grippe H1N1 en 2009, l'autobus des soins a été utilisé comme endroit pour administrer des vaccins contre la grippe H1N1 dans les quartiers centraux.
- Durant l'année civile 2011/2012, 2.777 patients ont visité l'autobus (Saskatoon Health Region, 2012). La majorité des consultations concernaient les conditions tégumentaires ou l'ORL et le service a été très utilisé par les femmes et par des personnes des groupes d'âge de 0-9 et de 20-59.
- 5 717 patients ont visité l'autobus en 2012-2013 dont 57 % parmi eux étaient des adultes âgés de 20 à 60 ans et 35 % étaient des enfants et des adolescents.

Il existe ailleurs au Canada ce genre d'initiative (par exemple les cliniques mobiles au Manitoba), mais celle de Saskatoon de par sa nature et son fonctionnement semble être unique au pays. Selon les informations disponibles sur le site d'Accréditation Canada, trois cliniques de soins primaires mobiles conçus pour servir les patients dans les communautés rurales et du nord du Manitoba ne disposant pas d'un médecin de famille ont été prévues pour être mises en œuvre à partir de 2013 (<http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/public/access/mobile.html>).

1.7.9 Argumentaire

En Ontario, comme ailleurs au Canada on remarque de grandes inégalités en matière d'accès aux soins de santé au sein des populations. Les personnes qui ont une condition socioéconomique peu favorable font face à un plus lourd fardeau de maladies, à une plus grande incapacité, et même à une espérance de vie plus courte. Selon le dernier recensement de Statistique Canada (2011), les francophones ont, de manière générale, un profil moins avantageux que le reste de la population en Ontario, notamment dans la région desservie. Ces inégalités dans le système de santé sont causées par des différences dans les facteurs socioéconomiques tels que le revenu et l'éducation, qu'on appelle les « déterminants sociaux de la santé ».

De nombreuses études de besoins réalisées en Ontario et ailleurs au Canada indiquent que les personnes appartenant à des groupes défavorisés sont moins susceptibles de recevoir des soins de santé appropriés, même si elles ont accès au système. Elles sont aussi plus susceptibles de déclarer qu'elles ont de la difficulté à obtenir des rendez-vous, qu'elles subissent moins de tests et font l'objet de moins de suivi de maladies chroniques. Comme l'indiquent les études réalisées à Saskatoon dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'autobus de santé, les personnes appartenant à des groupes défavorisés sont en outre hospitalisées plus souvent et ces hospitalisations pourraient être évitées si elles recevaient des soins de première ligne appropriés.

Alors que bon nombre de ces facteurs échappent au contrôle direct du système de santé, assurer l'accès équitable à des services de santé efficaces et appropriés peut aider à atténuer certaines de ces disparités. En effet, les autobus de santé favoriseraient un accès fiable aux soins de santé primaires pour les populations vivant dans les localités qui ne sont pas suffisamment desservies. La possibilité d'avoir accès à un fournisseur attiré de soins de santé aiderait ces populations à recevoir des soins de santé, le soutien et le suivi dont ils ont besoin à proximité de chez eux. Assurer un accès équitable à des services et soins de santé efficaces et appropriés représente une démarche stratégique qui peut atténuer les inégalités en santé qui résultent des différences de condition socioéconomique des Canadiens. Une telle initiative épargnera aussi du temps et les coûts pour les patients et pour le système de santé.

Par ailleurs, la disparité dans les soins équitables induit des coûts aussi bien pour les patients que pour le système de santé. Entre autres si l'on réduisait l'écart, le système pourrait épargner de l'agent et du temps, éviter certaines hospitalisations et désengorger les salles d'urgence, etc. Pour réduire les obstacles liés au patient et au système, il faut entre autres accroître l'accès aux soins. En supprimant ces obstacles, par la mise en place d'autobus de santé à l'instar de celui de Saskatoon, on peut espérer qu'il s'en suivra un plus grand accès à des soins appropriés.

1.7.10 Contact

Sheila Achilles
Primary Health
St. Paul's Hospital
1702-20th Street West
Saskatoon, SK S7M 0Z9
Tél. : 306 655-5806
Courriel : sheila.achilles@saskatoonhealthregion.ca

Jan Hiebert, M.D. Ambulance
Tél. : 306 975-8809
Courriel : j.hiebert@mdambulance.com

1.7.11 Références

- <https://www.accreditation.ca/fr/node/6513>
- <https://www.accreditation.ca/saskatoon-primary-health-bus>
- https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Primary-Health/Pages/HealthBus.aspx
- <http://www.macleans.ca/society/health/where-the-clinic-hits-the-road/>
- <http://www.gov.sk.ca/adx.aspx/adxGetMedia.aspx?mediald=728&PN=Shared>
- <http://www.mdambulance.com/paramedicine/health-bus/>

1.7.12 Projets connexes

Il existe au Manitoba un modèle semblable à celui de Saskatoon, mais les cliniques mobiles du Manitoba ne bénéficient pas du partenariat avec les ambulanciers paramédicaux et les services semblent être offerts sur rendez-vous.

- (<http://www.southernhealth.ca/service.php?lang=fr&id=234>).

The mobile primary care clinics in Manitoba:

- <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/public/access/mobile.html>
- <http://www.prairiemountainhealth.ca/index.php/mobile-clinic>

1.8 Bridging General and Specialist Care (BGSC) Project (projet de rapprochement entre les soins généraux et spécialisés)

1.8.1 Description

Il s'agit du premier système de renvois électronique utilisé par les médecins de famille, les infirmières et les spécialistes au Manitoba. Les médecins qui recommandent des patients peuvent désormais suivre le déroulement des soins de première ligne et les demandes

d'information puis transmettent des recommandations et des demandes de consultation et reçoivent l'information des consultants par voie électronique. Le projet BGSC facilite une coordination plus rapide et plus pertinente entre les médecins de famille et les spécialistes.

Les patients ont souvent besoin de plusieurs rencontres avec divers fournisseurs de soins et de services de diagnostic avant de pouvoir consulter un spécialiste. Chaque visite produit des éléments d'information dont le spécialiste a besoin. Le projet BGSC permet d'améliorer la capacité du système des dossiers de santé électroniques, à faire le suivi de ces rencontres multiples et des renseignements essentiels sur les patients qu'il produit.

Cette initiative vise à simplifier le processus de consultation et d'orientation tout en veillant à ce que les patients soient orientés vers le bon spécialiste au bon moment. Le projet BGSC est une approche novatrice des parcours d'orientation cliniques dans le sens où il fait appel à la technologie des dossiers électroniques en guise de plateforme pour échanger des renseignements cliniques ainsi que des antécédents médicaux et pharmaceutiques avec une spécialité cible.

Le projet financé sous de projet-pilote de deux ans s'est fixé les lignes directrices suivantes :

- Une identification des critères de référence et des échéanciers en tant qu'éléments essentiels ou élément de base dans la détermination du temps d'attente.
- L'élaboration de la liste des informations spécifiques et des tests dont les spécialistes ont besoin pour décider d'un plan de traitement au cours de la première visite.
- La mise en place d'un système informatique qui servira de base pour la communication entre les prestataires de soins primaires et les spécialisés. Ceci est destiné à faciliter le processus de référence ainsi que la communication à double sens entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes.
- La mise en place d'un système informatique permet de :
 - confirmer immédiatement que les informations de référencement répondent aux critères établis et sont donc acceptées, ou
 - demander des renseignements supplémentaires et/ou pertinents ou encore
 - notifier que les informations de référencement ne répondent pas aux critères établis et d'émettre des suggestions quant à la façon de procéder.
- La mise en place d'une stratégie de surveillance de l'aiguillage des patients à travers le système qui permet d'intervenir lorsque les patients ne pouvaient être consultés dans le délai garanti.

1.8.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Le projet Bridging General and Specialist Care (BGSC) a été lancé sous la forme d'une consultation sur les technologies de l'information (TI) et d'un système d'orientation en mai 2008. Cette initiative d'une durée de deux ans comportait deux volets. Le premier volet s'est déroulé de mai à décembre 2008 dans 6 domaines spécialisés inclus 8 parcours de soins. La première vague de mai à décembre 2008 portait principalement sur la conception du logiciel de TI et sur la mise au point des critères pour l'orientation, les essais nécessaires et les données cliniques à entrer dans le logiciel. Il fallait télécharger suffisamment de renseignements pour

que le médecin et le spécialiste puissent s'entendre sur le traitement pertinent. Le logiciel confirme si tous les renseignements requis pour répondre aux critères fixés ont été téléchargés et suggère d'autres informations à inclure si les critères ne sont pas respectés. Ces critères étaient acheminés à d'autres groupes d'intérêts dans le domaine des soins de santé afin de recueillir leurs impressions. Le système TI surveille également les temps d'attente afin de s'assurer que les patients qui n'ont pas accès à des soins dans le délai garanti soient orientés vers un autre spécialiste sans tarder. Six domaines de spécialité ont été inclus dans la première vague et sept autres ont été ajoutés dans la deuxième vague (janvier et février 2010).

1.8.3 Points forts

- Assurer un accès rapide à des soins de santé de qualité
- Coordination et collaboration entre professionnels de la santé
- Mise à disposition d'outils de communication efficaces qui peuvent être utilisés facilement par les cliniques au jour le jour.
- Amélioration de la qualité des soins
- Améliorer la qualité de la communication entre les différents niveaux de soins
- Réduire les références inutiles
- Améliorer la qualité de la communication en les médecins de famille et les patients
- Éliminer les visites répétées chez les spécialistes
- Éliminer les tests de laboratoires et de radiographie inutiles
- Réduire les coûts par une utilisation efficiente des ressources
- Diminution de stress chez les patients
- Réduction des temps d'attente entre les consultations et la décision de traitement
- Pluralité des parties prenantes
- Simplifier le processus d'orientation
- Valeur et vision communes auprès des professionnelles et du système

1.8.4 Difficultés

- Les défis dans la difficulté d'intégrer d'autres systèmes informatiques (par exemple les DME, le logiciel de planification des rendez-vous pour les patients, le logiciel de gestion de la clinique, les systèmes d'imagerie, etc.).
- Des embûches technologiques comme ralentir le temps de traitement, le gel du système et de nombreux clics.
- La fréquence d'utilisation du système avec un nombre limité de spécialités.
- Les changements dans l'environnement de travail, y compris les modifications dans les rôles des médecins et les responsabilités partagées entre le personnel de bureau et les professionnels.

- Le défaut d'application à tous les fournisseurs de services en raison de pratiques indépendantes.
- Difficulté de respecter les échéances.

1.8.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Directeur ou gestionnaire du projet
- Coordonnateurs de projet (quatre personnels, 1 administrateur)
- Directeur et/ou gestionnaire du système informatique
- Équipe de développement de logiciel
- Médecins de famille, médecins spécialistes et personnel administratif clinique
- Directeur provincial, Département - Accès des patients

❖ Infrastructures et matériel

- Locaux / bureaux
- Outil informatique
- Formulaire

1.8.6 Temps et compétences requis

L'initiative était un projet-pilote d'une durée de deux ans et comportait deux volets. Le premier volet s'est déroulé de mai à décembre 2008 et le deuxième de janvier à février 2010. Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte. L'intervention exige la participation de personnel possédant des compétences poussées (informaticiens, médecins spécialistes, autres professionnels de santé, personnel administratif clinique), mais qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention. Les compétences spécialisées ont été limitées à six domaines durant la première étape du projet et sept autres ont été ajoutés durant la deuxième. La littérature ne nous informe pas sur la nature de ces spécialités.

Le leadership des médecins a été déterminant dans le développement clinique et l'engagement d'autres cliniciens. Il en est de même de l'implication du personnel de bureau dans le processus de référence. Le système doit être convivial pour tous, en particulier pour les utilisateurs qui ne sont pas à l'aise avec la technologie informatique. La collaboration des cliniciens multidisciplinaires pour développer des voies d'aiguillage cliniques a suscité l'intérêt de poursuivre le développement de plusieurs autres voies. Cependant, le manque d'intégration de l'interface avec d'autres systèmes représentait un obstacle à la participation.

1.8.7 Financement

Le projet BGSC a été financé par Santé Canada, Santé Manitoba et Vie saine et les intervenants comprenaient des médecins, des spécialistes, du personnel des TI ainsi que du personnel

administratif clinique. La littérature ne fournit pas toutes les informations budgétaires du projet, mais elle indique que Santé Canada a investi un million de dollars.

1.8.8 Retombées

Le gouvernement du Manitoba a fait des comptes rendus sur les progrès et l'efficacité de l'initiative dans le cadre de rapports et d'exposés. Les données provenaient de sondages effectués auprès de professionnels de la santé, avant et après la période d'intervention, et d'entrevues plus informelles réalisées avec des médecins de famille. De 2009 à 2010, 78 % des 1 002 aiguillages ont été acceptés et seulement 19 % des rendez-vous ont été fixés après l'échéance cible. L'année suivante, 902 aiguillages supplémentaires ont été dénombrés.

En tout, 177 médecins de famille et infirmières ont participé à l'initiative ainsi que 55 spécialistes. Les médecins ont affirmé qu'ils avaient aimé les recommandations du système de Technologie d'information (TI) et qu'ils étaient heureux de constater qu'il tenait compte de leurs besoins locaux plutôt que d'adopter une politique universelle.

Les spécialistes ont également préféré se servir du système BGSC plutôt que de recourir aux méthodes traditionnelles. Le système serait encore plus efficace s'il comportait une plus grande variété de spécialités et s'il s'intégrait davantage aux autres appareils médicaux électroniques.

La transition de la première à la deuxième étape a élargi l'étendue de l'utilisation ainsi que la variété des spécialités comprises. Les professionnels de la santé ont signalé qu'ils avaient une meilleure coordination et une communication avec une plus grande variété de spécialistes et que tous les sites avaient obtenu des résultats positifs dans l'ensemble grâce au logiciel.

1.8.9 Argumentaire

Les patients ont souvent besoin de plusieurs rencontres avec divers fournisseurs de soins et de services de diagnostic avant de pouvoir consulter un spécialiste. Chaque visite produit des éléments d'information dont le spécialiste a besoin. La variété et la complexité des facteurs qui influencent la santé et le bien-être ainsi que la maladie exigent que les professionnels de diverses disciplines de la santé collaborent de manière approfondie. Lorsqu'elles sont alliées, les connaissances et les compétences communes des professionnels de la santé forment un puissant mécanisme pour améliorer la santé de la population desservie.

L'initiative BGSC est perçue comme une des conditions ou stratégies permettant aux fournisseurs de soins de santé de travailler ensemble de la façon la plus efficace et efficiente afin qu'ils puissent atteindre les meilleurs résultats possibles en matière de santé pour les patients et leur famille. Il s'agit d'améliorer la capacité du système des dossiers de santé électroniques, à faire le suivi des rencontres multiples chez les médecins et des renseignements essentiels sur les patients.

L'outil de renvois électroniques vise à aider les fournisseurs de soins primaires à orienter leurs patients vers un spécialiste approprié et à partager l'information nécessaire par l'intermédiaire des dossiers médicaux électroniques. Ce projet est l'étape suivante de passerelle entre médecins omnipraticiens et spécialistes et les outils électroniques innovateurs mis à disposition permettent un meilleur fonctionnement du système de soins de santé pour les patients et les fournisseurs de soins. Il peut constituer une façon de répondre aux attentes grandissantes des patients.

En mettant de meilleurs outils technologiques à la disposition des fournisseurs de soins de santé, le système offre une autre façon d'aider les patients de manière plus rapide et plus efficiente. Le programme de renvois électroniques aide à diriger du premier coup les patients vers le spécialiste approprié, à terminer l'enregistrement de tous les renseignements nécessaires sur les patients et les investigations diagnostiques en cas de besoin et à consigner chaque étape du renvoi des patients dans leur propre dossier médical électronique. Le projet permet d'assurer que les patients soient consultés par le spécialiste adéquat au bon moment et dans un délai raisonnable. Il veille à ce que la première rencontre entre le patient et le spécialiste soit la plus productive possible en termes de prise en charge et de traitement.

C'est également la seule initiative de ce genre au Canada. Le projet BGSC pourrait être mis sur pied dans d'autres provinces et territoires, mais uniquement pour des orientations courantes en grande quantité qui répondent à ses exigences précises en matière de renseignements et d'essais.

1.8.10 Contact

Brie DeMone, Directrice administrative
Direction de l'innovation du système de santé, Santé Manitoba
Courriel : Brie.DeMone@gov.mb.ca
Tél. : 204 788-6475

Lidia Ghobrial-Zaki
Manitoba Health
Health System Innovation
Lidia.Ghobrial-Zaki@gov.mb.ca

1.8.11 Références

- <http://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/05/Referral-and-Consultation-Processes.pdf>
- <https://www.accreditation.ca/fr/node/5966>
- http://www.cprn.org/documents/51263_FR.pdf
- Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf
- DeMone, B. et Oppenheimer, L. (19 avril 2011). *Adventures in electronic referral & consultation: Lessons learned over 3 years of bridging general & specialist care*. http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/chi/media/DeMone_Apr.19.11.pdf
- Santé Manitoba. (s.d.). *Bridging general and specialist care* [site Web sur le projet]. <http://www.gov.mb.ca/health/bgsc/index.html>

1.8.12 Projets connexes

Bridging the gap between primary care and the cancer system - The UPCON Network of CancerCare Manitoba : <http://www.cfp.ca/content/55/3/273.full>

La littérature indique qu'il existe des pratiques similaires aux États-Unis et au Royaume-Uni, mais le projet BGSC semble être unique en son genre en raison d'un ensemble d'intrants novateurs et des critères établis qui permettent d'offrir des traitements axés sur le patient.

SOINS AUX AÎNÉS

1.9 Programme d'accompagnement en fin de vie - plus « d'humanité »

1.9.1 Description

Programme résidentiel ou programme de formation et encadrement

Le programme de fin de vie est un programme innovateur qui a été conçu et adopté par de nombreux établissements d'accueil pour personnes âgées (au Canada et ailleurs dans le monde) en collaboration avec les résidents, les proches, les familles et des employés. Le programme vise à offrir des soins attentifs aux moindres besoins du résident et de ses proches durant toute la fin de vie du résident. Il est structuré à partir des meilleures pratiques en accompagnement en fin de vie et requiert l'implication de toute l'équipe interdisciplinaire. Selon les souhaits des résidents, la fin de vie est vécue dans leur chambre où ils sont entourés des employés et leurs voisins de chambre. Afin de bien préparer les résidents et leurs proches, une rencontre annuelle est organisée pour donner l'information sur le programme.

Le concept « d'humanité » est né en 1980 aux États-Unis porté par Freddy Klopfenstein. En 1989 un gériatre français, Lucien Mias, introduit pour la première fois le terme d'humanité dans les soins. Et c'est en 1995 que Rosette Marescotti et Yves Gineste décident d'écrire une nouvelle philosophie de soins qu'ils baptisent la « philosophie de l'humanité ».

La méthodologie de « l'humanité » est fondée sur un certain nombre de principes de bienveillance que sont :

- La tendresse du regard échangé;
- L'explication des soins à exécuter sur le patient même si ce dernier n'est plus capable de comprendre ni de répondre;
- Le toucher est également un appel d'humanité comme « confirmation de notre présence au monde », particulièrement important lorsque la parole n'est plus là;
- La verticalité : la station debout est celle qui distingue l'humain. Elle a de nombreux bénéfices, tant psychologiques que physiques pour la personne, et ce, à tout âge. Une personne âgée peut et doit vivre « debout ».

En 2010, l'équipe de l'unité de vie du centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (Québec) guidée par un comité « milieu de vie » s'est mobilisée afin d'améliorer le programme d'accompagnement en fin de vie par l'entremise du programme d'accompagnement en fin de vie - plus « d'humanité ». La pratique est centrée sur les usagers et les familles et en plus de valoriser la qualité de vie dans les maisons de retraite, tous les éléments de services rendent le programme de fin de vie original et créatif. Depuis son déploiement, plus de 150 résidents de l'établissement de la Pointe-de-l'Île ont bénéficié du service d'accompagnement. Le personnel en est fier et se mobilise afin de contribuer, avec doigté et éthique à ces moments sensibles et essentiels.

1.9.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Les résidents demeurent dans leur chambre. L'équipe de soin reste la même et connaît bien les particularités et les préférences des usagers. Elle est donc en mesure de bien s'y adapter.

Une équipe interdisciplinaire (ergothérapeute, techniciens de loisir, thérapeute en réadaptation physique, travailleur de social, intervenants en soins spirituels, technicien en nutrition) s'associe à l'équipe de l'unité de vie et à la famille dans l'accompagnement.

Un service médical de garde assure le soulagement de la douleur sans délai en tout temps. L'équipe d'intervenants en soins spirituels est aussi disponible en tout temps pour accompagner le résident et ses proches.

Les bénévoles accompagnateurs reçoivent une formation annuelle sur l'accompagnement en fin de vie. Grâce à cette formation, ils peuvent accompagner les résidents esseulés ou offrir du répit aux familles. Des cafés-rencontres sont aussi organisés afin de leur permettre d'avoir un suivi étroit.

Une trousse de fin de vie a été conçue afin d'offrir plus de confort aux résidents et leurs proches. Cette trousse est installée directement dans la chambre du résident et contient des draps et des vêtements plus doux, une radio proposant une musique apaisante, une jetée pour la famille, un fauteuil-lit pour que les proches puissent veiller plus confortablement ainsi que des diffuseurs d'huile aromatique.

Durant la période de fin de vie du résident, les proches reçoivent périodiquement du café et des brioches, distribués dans un conditionnement particulièrement soigné. De plus, des causeries sont organisées par les centres d'hébergement afin de recueillir régulièrement l'opinion des résidents sur l'amélioration de leur milieu de vie.

Trois cahiers sont disposés dans la chambre du résident. Le premier est destiné à la famille et lui explique de façon vulgarisée, les symptômes reliés à la fin de vie. Le deuxième est un journal de bord où les accompagnateurs peuvent écrire des pensées et le troisième est préparé à l'attention des bénévoles.

À la demande des résidents, la disposition de la dépouille suite au décès a été améliorée et a donné lieu à une nouvelle façon de faire plus respectueuse. La dépouille quitte maintenant le centre d'hébergement par la porte principale. Elle est accompagnée jusqu'au fourgon funéraire par un employé et elle est recouverte d'un joli drap mortuaire.

Suite au décès, une carte de sympathie est expédiée à la famille et les professionnels demeurent disponibles pour les proches. Une messe mensuelle commémorative est tenue dans le centre d'hébergement en souvenir des résidents décédés.

1.9.3 Points forts

Les usagers et les familles contribuent à l'élaboration de la pratique. De plus, ils transmettent régulièrement de l'information sur leurs besoins. Ceci permet aux intervenants de mieux les cerner et d'y répondre efficacement.

La pratique permet de mieux responsabiliser les usagers et leurs familles quant à leur rôle dans la prestation de services de santé. Cette démarche d'inciter la participation des patients et des familles est de plus en plus promue dans les prestataires de soins et de services de santé à cause de

ses impacts positifs sur la prise en charge des patients. Le concept répond aux cinq principes incontournables de l'humanité :

- Zéro soin de force, sans abandon de soin
- Respect de la singularité et de l'intimité
- Vivre et mourir debout
- Ouverture de la structure vers l'extérieur
- Lieux de vie, lieux d'envie

1.9.4 Difficultés

Les enjeux du programme se résument notamment en la difficulté pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de :

- Faire connaître et affirmer la qualité du travail et de l'engagement pour la bienveillance des établissements et services sanitaires, sociaux, et médicaux sociaux.
- Soutenir une dynamique d'amélioration de la qualité de vie des personnes dans le respect de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques.
- Donner un repère aux personnes âgées, aux familles, aux professionnels ainsi qu'aux tutelles, aux autorités de contrôle et de tarification.

1.9.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Des bénévoles accompagnateurs formés;
- Une équipe de l'unité de vie et à la famille;
- Une équipe interdisciplinaire composée d'ergothérapeute, de techniciens de loisir, de thérapeute en réadaptation physique, de travailleur de social, d'intervenants en soins spirituels et de technicien en nutrition.

❖ Infrastructures et matériel

- En plus de la chambre du résident qui offre le degré de confort exigé dans le cadre du programme, les familles ou proches doivent avoir accès à une salle familiale propice au repos et à un lit fauteuils.

❖ Autres outils associés au programme

- Cartes de condoléances élaborées par un graphiste et imprimées en stock pour une période de trois ans.
- Trois cahiers cités plus haut sont disponibles en tout temps au magasin de l'établissement.

1.9.6 Temps et compétences requis

- La livraison du programme commence dès que le besoin se fait sentir et dure jusqu'à la fin de la vie de l'utilisateur.
- L'intervention n'exige pas une formation hautement spécialisée de la part des personnes, néanmoins une formation est offerte aux intervenants dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention.
- Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte des établissements d'hébergement. L'intervention exige la participation d'une équipe interdisciplinaire (ergothérapeute, techniciens de loisir, thérapeute en réadaptation physique, travailleur de social, intervenants en soins spirituels, technicien en nutrition) qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention.

1.9.7 Financement

Au niveau du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (CSSS), le programme reçoit un financement annuel de la Fondation du CSSS qui a octroyé 160 000 \$ au développement global du milieu de vie en 5 ans dont 15 000 \$ au développement du programme d'accompagnement en fin de vie.

Les coûts annuels associés à la trousse sont de l'ordre de 2 000 \$ à 3 000 \$ par année. Son utilisation ne requiert pas de ressources humaines supplémentaires.

1.9.8 Retombées

Les établissements d'accueil pour personnes âgées qui ont choisi de former leur personnel à la pratique attestent qu'il est possible de prendre soin et d'accompagner différemment les résidents y compris les personnes désorientées aux comportements jugés difficiles.

Les maisons d'accueil pilotes dans le déploiement de « l'Humanitude » ont mesuré l'impact de la méthode et ont constaté une diminution remarquable des comportements d'agitation avant et après la formation auprès des malades, une diminution par 7 de la consommation des neuroleptiques et une amélioration de 200 % de la perception de bien-être des résidents et des soignants.

1.9.9 Argumentaire

Étant donné le taux de vieillissement de la population ontarienne, il est important de rappeler que la vie en centre d'hébergement est une étape importante de la vie des aînés qui y résident. Un programme de fin de vie serait donc novateur à plusieurs égards pour les personnes qui sont appelées à accompagner des membres de leur famille durant les derniers moments de la vie. Lorsque leur vie s'achève, les aînés vivront cette dernière étape de leur existence avec leurs proches et l'équipe du milieu de vie du centre d'hébergement. Ces moments sont remplis d'émotions et doivent faire l'objet d'une attention particulière et de soins spécialisés dispensés avec doigté et « humanitude ».

En effet, la série de vidéos « Quand la santé c'est aussi la langue! » (Disponible sur le site du Consortium national de formation en santé : <http://cnfs.net/fr/videos.php>) indique que c'est

durant les derniers moments de la vie que les patients ressentent surtout le besoin immense de retourner à leur identité propre. Ils réfléchissent et parlent dans leur langue maternelle d'où la nécessité pour eux et pour leurs familles d'avoir accès à des services d'accompagnement de qualité dans leur langue maternelle durant ces moments de grandes émotions.

Les maisons d'accueil pilotes dans le déploiement de « l'Humanité » ont indiqué dans la littérature existante que le programme affiche une grande adaptabilité. Les établissements qui souhaitent le mettre en place peuvent s'inspirer de l'expérience vécue au CSSS de la Pointe-de-l'Île dans la mesure où il existe un cadre de référence très précis sur lequel ils pourraient s'appuyer.

Le CSSS Pointe-de-l'Île se dit aussi disponible à transmettre l'intégralité de ses outils (procédure sur la disposition des dépouilles, cahiers, cartes de sympathie, contenu de la trousse, les coûts annuels associés à la construction de cette trousse programmes formation à l'intention des infirmières, des professionnels, des préposés aux bénéficiaires et aux bénévoles...) aux établissements intéressés et leur offrir un appui sur le plan de la communication pour le déploiement et l'application de mesures d'intégration du programme dans leur unité de vie.

1.9.10 Contact

Courriel du contact : clauderienneau.pdi@ssss.gouv.qc.ca

1.9.11 Références

- <http://www.accreditation.ca/fr/l%E2%80%99accompagnement-en-fin-de-vie-plus-d%E2%80%99-%C2%AB-humanitude-%C2%BB>
- http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=40

1.10 Programme d'exercice de groupe pour les maisons de soins de longue durée

1.10.1 Description

Le projet consiste en un programme d'exercice offert à des groupes de quatre à dix résidents par des employés formés de l'établissement. Ces séances d'exercices durent environ 45 minutes et sont offertes trois fois par semaine. L'objectif du programme est de permettre aux personnes âgées de maintenir l'amplitude de leurs mouvements et d'améliorer leur force, leur équilibre, leur flexibilité, leur mobilité et leur fonctionnement. Il a été élaboré de façon à répondre aux besoins des résidents ayant une grande mobilité et une faible mobilité tout en permettant d'accroître leur force, leur endurance et leur force cardiovasculaire, leur flexibilité et leur équilibre. Le programme qui ne nécessite qu'une formation minimale peut être offert en toute sécurité et à coût peu élevé par des employés de l'établissement et des bénévoles.

1.10.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

La faisabilité et l'efficacité du programme ont été évaluées sur un groupe de 68 résidents qui sont âgés en moyenne de 80 ans dans cinq établissements. Ces personnes ont soit une mobilité

élevée ou faible. En effet, les participants ont réalisé le test Timed Up and Go (TUG) et ont été classés en deux niveaux de mobilité en fonction de leurs scores pour le test. Les personnes qui prennent moins de 20 secondes pour faire le TUG ont été classées comme participants à grande mobilité et ceux qui prennent 20 secondes ou plus dans la catégorie des participants à faible mobilité.

Les critères d'exclusion incluent des événements cardiovasculaires récents ou des troubles vestibulaires, l'hypertension ou une épilepsie non contrôlée, une fracture récente (ayant subvenu dans les derniers 4 mois), la cécité ou la surdité totale, une admission récente au sein de l'établissement (durant les 3 derniers mois), des chirurgies ou des vacances prévues dans les 4 prochains mois. Les participants doivent être en mesure avec une assistance minimale de suivre les démonstrations et des instructions simples (tels que lever les bras, l'extension du genou, ou la marche) ou imiter les actions de l'instructeur. L'utilisation de dispositifs de marche ou des fauteuils roulants, la démence et l'incontinence ne sont pas considérées comme des motifs d'exclusion.

Des équipements d'exercice peu coûteux et facilement transportables tels que des poids, des bandes souples de résistance élastique ont été utilisés. Leurs utilisations nécessitent moins de surveillance et d'assistance et ils sont facilement manipulables pour les participants. Les cours sont offerts à des groupes de quatre à dix résidents par des employés formés de l'établissement et durent 45 minutes, trois fois par semaine. Les exercices sont structurés et répétitifs. Une surveillance constante (à la fois verbale et visuelle) est nécessaire de la part des encadreurs peu importe la catégorie de mobilité des participants.

Le personnel de loisir de chacun des établissements a participé à un atelier de formation sur les activités physiques destinées aux personnes âgées. Cependant, l'élimination des obstacles inhérents à ce genre de projet nécessite l'engagement et le soutien continu du personnel de première ligne, des administrateurs et des directeurs médicaux.

1.10.3 Points forts

- Promotion de la mobilité auprès des aînés
- Socialisation
- Exercices de groupe
- Prévention des maladies chroniques
- Prévention de la dépression et du stress
- Élimination de l'isolement
- Accroissement de l'estime de soi
- Contribution et collaboration entre le personnel de loisir, les infirmières, les aides et les bénévoles pour répondre aux besoins de mobilité des résidents
- Élimination des stéréotypes
- Promotion d'une bonne hygiène de vie
- Augmentation de la capacité d'adaptation

- Éducation et développement des habiletés

1.10.4 Difficultés

- Des fonds limités pour l'achat d'équipement d'exercice et l'embauche d'un agent de mise en œuvre du projet
- Interruption des exercices à l'extérieur en raison de conditions météorologiques peu clémentes
- Le manque de formation à l'exercice auprès du personnel soignant
- Les problèmes de sécurité (l'activité implique aussi une surveillance étroite pour les aînés ayant une déficience cognitive)
- Les différences de capacités physiques et cognitives chez les résidents
- La difficulté de motiver les participants

1.10.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Le personnel de loisir, les infirmiers/infirmières, les aides-soignants, un agent de mise en œuvre, un formateur des moniteurs et des bénévoles.

❖ Infrastructures et matériel

Une salle d'exercice et un équipement d'exercice portable et peu coûteux (poids, bande souple élastique, etc.)

1.10.6 Temps et compétences requis

Les cours sont offerts à des groupes de quatre à dix résidents par des employés formés de l'établissement et durent 45 minutes, trois fois par semaine. Les exercices sont structurés et répétitifs. L'activité doit être réalisée de façon continue, mais l'information sur le temps nécessaire pour développer le programme n'est pas disponible.

L'engagement et un soutien continu provenant du personnel de première ligne, des administrateurs et des directeurs médicaux semblent nécessaires. Toutefois, avec un minimum de formation le programme peut être livré en toute sécurité et à faible coût par le personnel des établissements et des bénévoles.

1.10.7 Financement

La littérature n'informe pas sur le budget nécessaire pour la mise en œuvre du programme. Toutefois, il est indiqué que les gouvernements et le secteur privé pourraient financer le programme.

1.10.8 Retombées

Les résultats montrent que les résidents ont grandement amélioré leur mobilité, leur équilibre, leur flexibilité et la force de leurs genoux et hanches après quatre mois d'exercices. Les auteurs ont conclu que les résidents, même ceux qui sont physiquement fragiles ou qui souffrent d'incontinence et/ou de démence légère peuvent répondre positivement à ce programme d'exercice.

1.10.9 Argumentaire

Le vieillissement est un processus naturel de baisse des capacités physiques. Cependant, la sédentarité chez les aînés peut avoir des conséquences physiopathologiques graves, tels que l'atrophie musculaire, des troubles d'équilibre, l'hypotension orthostatique, des problèmes cardiorespiratoires et gastro-intestinaux, la susceptibilité aux escarres et des infections des voies urinaires. Elle peut aussi causer des troubles psychologiques comme l'apathie, le stress, la dépression et le déclin cognitif. L'immobilité peut précipiter l'admission des certains aînés dans des foyers ou des établissements de soins de longue durée. Si ces derniers ne changent pas de mode de vie, cette sédentarité peut continuer à causer le déclin de leur état de santé suite à l'admission.

Ainsi de nombreux résidents deviennent dépendants des fauteuils roulants ou se privent d'activités physiques à cause des craintes de chutes. Ces aînés n'ont plus la chance de s'habiller tout seul, de marcher seul jusqu'à la salle de diner ou de faire leur lit. La pratique d'une activité physique adaptée est l'un des meilleurs moyens d'améliorer plusieurs aspects liés à la qualité de vie d'une personne âgée. De plus, les thérapeutes en réadaptation reconnaissent l'importance et la nécessité de la mobilité et l'exercice dans le quotidien des résidents.

La flexibilité et la force musculaire sont indispensables à la mobilité. Elles permettent d'accomplir la majorité des tâches de base de la vie quotidienne. Ainsi, une personne qui s'efforcerait de maintenir ou de développer ces deux composantes de la condition physique pourra demeurer autonome plus longtemps. Afin d'améliorer leur endurance cardio-respiratoire, leur état musculaire et osseux, et de réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de détérioration de la fonction cognitive, l'OMS¹ a formulé les recommandations suivant à l'endroit des personnes âgées de 65 ans ou plus

- Les personnes âgées devraient pratiquer au moins au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par période d'au moins 10 minutes.
- Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les personnes âgées devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

¹ http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

- Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.
- Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.
- Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leurs états le leur permettent.

1.10.10 Contact

L'information n'est pas disponible.

1.10.11 Références

- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/group-exercise-programs-long-term-care-homes/>
- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/~cbpp/public/wp-content/themes/wet-boew306/print-interventions.php?PID=2957&lang=fr>
- Effect of home-based well-rounded exercise in community-dwelling older adults. Journal of Sports Science and Medicine. 2005; 4:563-571
- <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/54/12/M621.full.pdf+html>

1.10.12 Projets connexes

Home Based Well Rounded Exercise Program (WREP) pour personnes âgées vivant dans la collectivité : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/~cbpp/public/wp-content/themes/wet-boew306/print-interventions.php?PID=2957&lang=fr>

1.11 West Prince Telehospice

1.11.1 Description

En plus du modèle de soins palliatifs à domicile en milieu rural, l'Île-du-Prince-Édouard a mis en œuvre le projet pilote West Prince Telehospice pour fournir du soutien aux personnes mourantes à la maison 24 heures sur 24. Au Canada, la région de West Prince à l'Île-du-Prince-Édouard est l'endroit où en 1999 débuta le premier service de télésoins à domicile. Le téléhospice est l'utilisation des technologies de télémédecine pour fournir des services aux patients en soins palliatifs. Il offre une solution innovante aux défis de la prestation de services rentables et de haute qualité aux personnes en fin de vie. Grâce à un système de vidéoconférence novateur, le personnel infirmier peut fournir aux patients des soins, des instructions et des renseignements au moyen d'une ligne téléphonique et d'un écran vidéo à liaison bilatérale. Cette technologie permet aux soignants de transmettre des images vidéo de patients aux professionnels qui travaillent hors site et met ainsi à leur disposition les informations dont ils ont besoin pour aider le personnel soignant.

Grâce à une ligne téléphonique et à un équipement audiovisuel entièrement interactif, des infirmières et autres professionnels de la santé peuvent suivre et évaluer la santé et les signes vitaux des patients et fournir une éducation à ceux qui vivent à domicile. La tension artérielle, le rythme cardiaque, le poids et la teneur en oxygène du sang peuvent être contrôlés à l'aide d'appareils. Ce service a été créé pour pallier la pénurie de personnel infirmier dans la région. L'initiative augmente la capacité du personnel infirmier d'offrir des soins à des patients en phase terminale qui vivent dans des communautés rurales et éloignées et qui ont choisi de demeurer à la maison. En raison de son succès, le programme a été élargi afin d'inclure les personnes atteintes de problèmes de santé complexes tels les maladies mentales, le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Même si le téléhospice partage de nombreuses similitudes avec les télésoins à domicile, elle est bien différente de celui-ci.

1.11.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Après l'annonce du premier réseau canadien de soins palliatifs à domicile par Digital Telehealth Inc. (société basée à Dartmouth en Nouvelle-Écosse), la société a été approchée par les autorités de West Prince Health pour la mise en place de l'initiative. Digital Telehealth Inc, West Prince Health, the Canadian Palliative Care Association, Island Tel et Island Hospice ont travaillé en partenariat pour la mise en œuvre d'un système favorisant l'utilisation rentable de la technologie pour satisfaire les besoins en matière de soins palliatifs pour des personnes en fin de vie.

La technique utilise un système de bande passante (low-bandwidth POTS : Plain Old Telephone Service) qui favorise un visionnement bilatéral et permet au personnel soignant de contrôler régulièrement via les périphériques interactifs du système la température du patient, sa pression artérielle, son pouls, ses rythmes cardiaques et pulmonaires, sa glycémie, son niveau d'oxygénation sanguine et les tests d'électrocardiogramme. Les éléments de services suivants sont indispensables :

- Téléphone à pavé numérique éclairé et doté de systèmes de numérotation automatique pouvant rendre l'utilisation plus facile aux patients.
- Appareils permettant la prise fréquente de constantes vitales (pression artérielle, glycémie, pouls, température...) et dotés d'une capacité de télécommunication.
- Poste de travail de télésanté entièrement équipé et qui permet de mesurer la gamme de paramètres physiologiques des patients et de transmettre ces lectures à un poste de soins infirmiers central ce qui permet un suivi efficace de l'état des patients. Le système de vidéo en direct est ouvert lors des interventions face à face et fermé durant la collecte et la transmission de données physiologiques. Un appareil photo numérique peut être utilisé pour envoyer des images sur le système.
- Visiophones : sorte de téléphones ayant une capacité visuelle et qui permet aux cliniciens/ soignants et aux patients de se voir et de se parler directement. Les cliniciens peuvent aussi utiliser ces téléphones pour démontrer des activités de soins et donner des instructions.
- Dispositifs pré- programmés pour les soins cliniques tels que les pompes à perfusion ambulatoires.

- Autres outils éducatifs ou de mesure de confort tels que des cassettes audio et vidéo.

La gamme d'éléments de services potentiels pour la livraison de téléhospice à domicile ne cesse de croître et de connaître des avancées technologiques. Lorsqu'une institution choisit d'utiliser tous ou une partie de ces outils en soins palliatifs, elle doit viser une amélioration constante de sa capacité de satisfaire les attentes des utilisateurs du programme. Ces attentes réalistes comprennent généralement la capacité à produire des évaluations et des interventions rapides sur les patients et une capacité grandissante à fournir des instructions aux aidants familiaux.

1.11.3 Points forts

- Amélioration des résultats en matière de santé
- Augmentation de la satisfaction
- Durabilité
- Amélioration des soins à domicile
- Développement du sentiment sécurité auprès des patients et des familles
- Augmentation de l'autonomie des aidants naturels.
- Réduction du nombre de visites évitables au service des urgences.
- Promotion des habitudes de vie saines
- Amélioration de la fragilité de la population vieillissante ou en fin de vie
- Amélioration de l'accès à domicile des médicaments pour les soins palliatifs
- Diminution de stress des aidants naturels
- Établissement d'une véritable relation humaine et chaleureuse entre patients et professionnel de la santé.
- Réduction des séparations familiales, puisqu'on permet au patient de rester à la maison.

1.11.4 Difficultés

- Gestion à distance du stress du patient et des aidants familiaux
- Assurer que les appareils sont utilisés correctement et en sécurité
- Assurer constamment que le programme offre un niveau de confort adéquat aux patients et aux aidants familiaux
- Pannes opérationnelles
- Perception que les services de téléhospice est une sorte de mécanisation des soins palliatifs à domicile
- Équilibre entre le niveau de compétences techniques des aidants naturels et le niveau de compétences requises pour l'utilisation du matériel de téléhospice
- Nécessité de minimiser les coûts physiques, mentaux et financiers pour les aidants naturels

1.11.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Dans l'ensemble, les infirmières et infirmiers sont les principaux fournisseurs de services de Téléhospice. En fonction des besoins, d'autres professionnels pourraient contribuer. C'est le cas des spécialistes par exemple et des professionnels en informatique et en télécommunication qui assurent le soutien technique.

❖ Infrastructures et matériel

- Système de vidéoconférence (une ligne téléphonique et un écran vidéo à liaison bilatérale)
- Appareils permettant la prise fréquente de constantes vitales
- Poste de travail de télésanté
- Dispositifs pré- programmés pour les soins cliniques

1.11.6 Temps et compétences requis

La littérature ne renseigne pas sur le temps nécessaire pour mettre en place l'intervention. Un travail de partenariat avec le Réseau de télémédecine de l'Ontario pourrait permettre de s'informer davantage, par contre les écrits indiquent que les patients meurent généralement après quelques semaines, les services de téléhospice ne prolongent pas l'espérance de vie des patients, mais le service est conçu pour donner à la personne en fin de vie et à sa famille le réconfort et le soutien nécessaires quand la décision de mourir à la maison est prise.

Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte de soins et des services de santé pour les personnes âgées et tout autre patient en fin de vie. L'intervention exige principalement la participation d'une équipe d'infirmière/infirmier, de bénévoles et peut-être d'autres professionnels de la santé (spécialistes) qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention.

1.11.7 Financement

Il s'agit d'un investissement de 126 000 \$ cofinancé à son début par Santé Canada.

1.11.8 Retombées

Les résultats indiquent que les patients apprécient le service parce qu'ils peuvent rester chez eux en toute tranquillité et consulter le personnel médical au besoin. Bien que la prestation de soins soit facilitée par l'utilisation de la technologie (donc en quelque sorte mécanisée), les patients et les familles apprécient l'aspect interactif. Ils se sentent liés personnellement aux fournisseurs de soins puisqu'ils peuvent se voir et s'entendre en temps réel durant les échanges quotidiens. Les aidants naturels apprécient également la possibilité de consulter du personnel infirmier, car ceci leur apporte beaucoup de réconfort dans ce moment chargé d'émotion.

Depuis le lancement du service de téléhospice, l'autorité sanitaire de la région de West Prince a constaté chez les patients concernés une diminution de 76 % du nombre de jours d'hospitalisation des personnes en fin de vie, de 20 % de l'utilisation des salles d'urgence et de

15 % du nombre de consultations en cabinet de médecin. Au nombre des éléments de ce modèle qui semblent être des facteurs de rentabilité, d'accessibilité et de qualité des soins et de satisfaction de la clientèle, on compte un accès 24 heures à des équipes multidisciplinaires de soignants, l'intégration à l'échelle des services de santé et l'accès à tous ces services avec une protection entière pour les médicaments, le matériel et les articles médicaux.

Le projet a attiré l'attention à l'échelle nationale et internationale en tant que modèle favorisant l'utilisation rentable de la technologie pour satisfaire les besoins en matière de soins des personnes vivant dans des zones rurales et éloignées. Il a remporté en 2000 une médaille d'or dans la catégorie des services innovants de la « Distinction 2000 Awards ». Les résultats indiquent que le système téléhospice permet à une infirmière d'effectuer 15 à 20 visites par jour pour un coût estimé à 35 \$ par visite, alors qu'avec le système traditionnel (visites en personne à domicile), elle ne peut qu'effectuer un maximum de huit à dix visites à coût estimé à 54 \$ par visite.

Au Michigan, des études ont évalué les coûts pour les soins palliatifs traditionnels ainsi que ceux associés au lancement et au fonctionnement d'un service de téléhospice. Les coûts ont été comptabilisés sur deux périodes distinctes de trois mois. Pour la première période d'études, les coûts ont été mesurés pour les traditionnelles visites à domicile en soins palliatifs. Au cours de la seconde période, les dépenses ont été suivies pendant les visites traditionnelles (en personne) et les visites de Téléhospice. Pour les soins traditionnels, les coûts par visite étaient respectivement de 126 \$ et de 141 \$, alors que les coûts pour les visites de téléhospice étaient en moyenne de 29 \$ par visite.

1.11.9 Argumentaire

Dans de nombreux pays développés, on remarque une grande révolution en termes de soins à domicile et de télémédecine. Au Canada, cette révolution est entre autres due au vieillissement de la population et la pression financière qu'il exerce sur le système de santé. En se basant sur les statistiques, on peut raisonnablement s'attendre à ce que le pourcentage des aînés au sein de la population augmente, mais prévoir les besoins en soins de santé de cette population vieillissante pose un problème. Des études récentes montrent que les personnes âgées sont surreprésentées du point de vue de l'utilisation des soins de santé et plus particulièrement des soins à domicile. La hausse du nombre et du pourcentage d'aînés au sein de la population semble indiquer que la future demande de soins à domicile augmentera, ce qui aura inévitablement une incidence sur les aidants naturels, c'est-à-dire sur la population active.

L'accroissement des soins à domicile soutenus par les avancées technologiques (y compris le service de téléhospice) favorise la désinstitutionalisation, la réduction des coûts et du séjour à l'hôpital, l'amélioration de la qualité de la prestation et augmente la satisfaction des usagers. L'offre de service de téléhospice à domicile touche et facilite la vie à quatre principaux groupes de personnes, à savoir les bénéficiaires de soins, les professionnels de la santé, les travailleurs de soutien et les aidants naturels. L'incidence de ces services sur les aidants naturels peut être directe ou indirecte. Par exemple, une incidence directe serait les résultats d'un service de soutien offert aux aidants naturels. Une incidence indirecte sur les aidants naturels se manifesterait au niveau des bénéficiaires de soins ou des fournisseurs de soins à domicile officiels, soit tout ce qui peut influencer sur la nature et l'ampleur du fardeau des soins.

Comme pour les télésoins à domicile, les études sur les services de téléhospice montrent que ce service peut être vu comme une autre avancée technologique qui pourrait être utilisée pour soutenir les soins offerts à domicile parce qu'il offre des contacts plus fréquents avec les patients et à la capacité de fournir les soins nécessaires en temps opportun.

1.11.10 Contact

West Prince Health Region
Digital Telehealth Inc

1.11.11 Références

- <https://www.accreditation.ca/fr/node/6133>
- <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/cphorsphc-respcacsp07i-fra.php>
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2001.tb00128.x/full>
- <http://www.epistemonikos.org/fr/documents/d7d989008a8d915bbe09a6075162089726f5ce8b>
- <http://www.epistemonikos.org/fr/documents/b54154b4373054c03d934bacbe045358d0607f50>
- <http://www.canhealth.com/apr00.html#anchor23451>

1.11.12 Projets connexes

Téléhospice dans le Michigan : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15188918>

1.12 Programme de sensibilisation des personnes âgées

1.12.1 Description

Le programme consiste en des séances éducatives offertes sur une base mensuelle aux clients habitant dans des complexes domiciliaires locaux pour personnes âgées. Les sujets d'enseignement traités sont variés et comprenaient des séances sur la sécurité liée aux médicaments et le respect de la médication, la maladie d'Alzheimer, la prévention des chutes à la maison, les dispositifs de sécurité (protecteurs de hanches, lits munis d'alarme, etc.) et l'ostéoporose. À l'approche de la saison de la grippe, l'accent est mis sur l'importance des bonnes techniques d'hygiène des mains, les recommandations en matière de vaccination antigrippale et pneumococcique, les norovirus et sur l'étiquette à suivre en cas de toux et d'éternuements. Un désinfectant pour les mains est distribué à chaque aîné et une démonstration des techniques d'utilisation est offerte.

Durant les séances, une infirmière autorisée et une infirmière auxiliaire autorisée vérifient la tension artérielle et les taux de glucose des participants. Elles distribuent de l'information sur les échelles recommandées pour la tension artérielle et la glycémie. De l'information sur la prévention et la gestion de l'hypertension et du diabète est aussi offerte.

1.12.2 Les étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

- Séances éducatives sur une base mensuelle abordant des sujets de sensibilisation et des pratiques visant à améliorer l'état de santé des aînés.
- Vérification de la tension artérielle et les taux de glucose des participants.
- Distribution d'information sur les échelles recommandées pour la tension artérielle et la glycémie.
- Information sur la prévention et la gestion de l'hypertension et du diabète.
- Éducation sur l'importance des bonnes techniques d'hygiène des mains et des recommandations en matière de vaccination.
- Distribution de désinfectants pour les mains aux aînés et démonstration des techniques d'utilisation.
- Organisation de brunch à l'intention des aînés.
- Offre de collation et de transport pour les participants.
- Évaluation du programme après une série de séances.

1.12.3 Points forts

- Innovatrice et originale;
- Axée sur l'utilisateur;
- Facilite la socialisation entre les participants;
- Facilite la création de liens entre les participants et les intervenants;
- Facile à évaluer;
- Visiblement apte à montrer les résultats attendus;
- Viable;
- Adaptable à d'autres organismes;
- Offre la possibilité de partenariats entre institutions.
- Offre aux intervenants la possibilité de partager leurs connaissances et de redonner à la communauté.
- Facile l'optimisation de l'engagement communautaire.

1.12.4 Difficultés

La littérature ne renseigne pas sur les difficultés liées à l'intervention. Une entrevue auprès des promoteurs pourrait permettre d'élaborer davantage ces paramètres.

1.12.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Infirmière/infirmier autorisé
- Infirmière/infirmier auxiliaire autorisé

❖ Autres ressources

- Moyens de transport, salle communautaire, fiches d'information, désinfectants pour mains et un service de loisir.

1.12.6 Temps et compétences requis pour l'exécution de programme

La littérature ne renseigne pas sur le temps nécessaire.

L'intervention n'exige pas une formation hautement spécialisée de la part des personnes, mais une formation doit être offerte aux intervenants dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention.

Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte des complexes domiciliaires locaux pour personnes âgées et aussi dans les communautés. L'intervention exige la participation d'une équipe d'infirmière/infirmier autorisé et d'infirmière/infirmier auxiliaire autorisé qui est facilement accessible dans le contexte de l'intervention.

1.12.7 Financement

La pratique n'a pas été financée, mais elle aide les personnes âgées de la communauté et donne au personnel des maisons d'hébergement le sentiment de partager leurs connaissances et d'être utile à la communauté.

1.12.8 Retombées du programme

L'évaluation du projet a rapporté une réaction positive de la part des participants. Ces derniers ont apprécié l'aspect éducatif et les collations, de même que le côté social de l'événement. En plus d'avoir apporté un plus au quotidien des personnes âgées de la communauté, la pratique a donné aux professionnels le sentiment de partager leurs connaissances et de redonner à la communauté. Les forces du projet reposent sur le lien qu'elle crée avec les aînés et sur le fait que ce lien permet à ces derniers de savoir qu'ils peuvent communiquer avec l'établissement, promoteur du projet pour obtenir de l'information et du soutien.

1.12.9 Argumentaire

La littérature indique que la population ontarienne vieillit à un rythme plus rapide que jamais et la structure par âge de la province connaîtra d'importants bouleversements au cours des deux prochaines décennies. On estime qu'en 2036, la population des aînés atteindra environ

4,2 millions soit 23,4 % de l'ensemble de la population de la province². Même si certaines études rapportent que, d'une façon générale, les aînés francophones se perçoivent en très bonne santé physique et mentale, cette perception de bonne santé peut diminuer de façon très marquée avec l'âge et plusieurs autres facteurs (indice de masse corporelle, les habitudes alimentaires, le style de vie, les maladies chroniques, etc.).

Toutefois, il est possible de permettre aux aînés de conserver longtemps leur bonne santé. Il est donc raisonnable de prendre les moyens pour éviter aux aînés des situations pouvant les amener à se retrouver allongés ou confinés au lit ou dans un fauteuil à cause d'une mauvaise chute, d'une mauvaise grippe ou de toute autre circonstance pouvant affecter leur mieux-être.

Les aînés sont la mémoire de la communauté. Ils doivent donc être considérés comme une richesse et obtenir toute la considération qu'ils méritent. En Ontario et au Canada, de nombreuses études mettent un accent particulier sur les attitudes à adopter pour valoriser la dignité des aînés et la richesse qu'ils constituent, leur assurer une autonomie, une sécurité et leur permettre de s'épanouir pleinement. Le programme de sensibilisation et de prévention du Mental Health Centre de Penetanguishene se soucie particulièrement de ce mieux-être des personnes âgées.

Il n'y a pas d'âge pour faire preuve de prudence. Qu'on soit jeune ou âgé, la prévention reste le moyen le plus sûr pour protéger les personnes âgées. Favoriser l'autonomie des personnes âgées en leur fournissant de l'information sur diverses questions de sécurité, de bonnes habitudes de vie, le respect de la médication, la maladie d'Alzheimer, la prévention des chutes à la maison, les dispositifs de sécurité et l'ostéoporose tout en accroissant leur connaissance des programmes et des services offerts au sein des communautés pourrait aider à optimiser leur qualité de vie. Ces activités de sensibilisation et de prévention pourraient aussi aider les nombreuses initiatives qui visent l'amélioration des services et soins de santé.

Les présentations ou séances de sensibilisation peuvent être organisées notamment dans les centres communautaires et les résidences pour personnes âgées. Des kiosques d'information peuvent également être mis sur pied dans le cadre d'activités portant sur la prudence et la prévention. À cette fin, le programme doit mettre à disposition une variété de documents informatifs et peut même désigner un professionnel qui se rendra sur place pour répondre aux questions des participants.

1.12.10 Contact

gscott@mhcp.on.ca

Mental Health Centre Penetanguishene

1.12.11 Références

- <http://www.accreditation.ca/fr/node/6516>

² http://www.otf.ca/fr/knowledgeSharingCentre/resources/aging_population_FR.pdf

1.12.12 Projets connexes

Les divers projets du Secrétariat manitobain du mieux-être des personnes âgées et du vieillissement en santé : http://www.gov.mb.ca/shas/elder_abuse/provincial.fr.html

Programme « Bien manger pour rester en santé » : <http://www.cssslaval.qc.ca/general/bien-manger-pour-rester-en-sante.html>

Répertoire des activités de prévention/promotion destinées aux personnes âgées sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal 2ième édition :

http://www.ruis.umontreal.ca/sites/default/files/Comites/Vieillssement/Repertoire_activites_prevention_promotion_3dec2012_FINAL.pdf

MALADIES CHRONIQUES

1.13 Transposer l'autogestion des maladies chroniques dans les régions rurales et éloignées du Rocher-Percé

1.13.1 Description

Cette pratique novatrice a été mise en place pour améliorer l'efficacité et l'efficience dans la gestion et la prévention des maladies chroniques de la population du Rocher-Percé, une région rurale éloignée et peu desservie dans la province du Québec. Environ 60 % des patients de cette région sont des personnes âgées et les maladies chroniques constituent un problème important compte tenu des facteurs de risque comme l'obésité, l'hypertension, les taux élevés de cholestérol, la sédentarité, l'abus d'alcool et le tabagisme.

Dans la région, l'accès aux traitements est problématique, surtout pour les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires, le diabète et les maladies rénales. Le Centre de santé et des services sociaux du Rocher-Percé dispose d'une petite équipe aux capacités et aux ressources limitées. Les ressources spécialisées sont très éloignées, soit à Montréal, à Québec ou à Rimouski. Le service des urgences de l'hôpital de Chandler était débordé, ce qui engendrait des coûts importants pour le centre de santé. De plus, les programmes ne pouvaient pas fonctionner efficacement puisqu'il y avait des cliniques séparées et un personnel distinct pour le diabète ainsi que pour les problèmes cardiaques, pulmonaires et rénaux. En plus, les maladies chroniques ne sont pas abordées globalement et les membres du personnel ne communiquent pas entre eux.

Le travail de partenariat entre la société Pfizer et le centre de santé de la région de Rocher-Percé a abouti au financement par le gouvernement du Québec d'une proposition fondée sur le Chronic Care Model (www.improvingchroniccare.org) reconnu à l'échelle internationale en matière de transformation de modèle de prestation de services désuet, cloisonné et réactif. La pratique mise en place consiste en un travail de collaboration impliquant une équipe interdisciplinaire, formée d'une diététiste, d'une infirmière autorisée d'une nutritionniste et d'un kinésologue, qui conçoit pour chaque patient un seul plan de traitement afin d'aborder toutes les pathologies de manière efficace.

Un programme holistique intensif d'une durée de trois mois a été créé. Au lieu d'examiner l'état du patient individuellement et d'élaborer un plan de traitement différent pour chaque pathologie, l'équipe interdisciplinaire conçoit un seul plan de traitement afin d'aborder toutes les pathologies de manière efficace. Avec l'aiguillage du médecin et des communications de suivi, l'équipe communique des renseignements comme la tension artérielle et l'état d'avancement du diabète. Les médicaments sont dosés et d'autres rajustements sont apportés.

Le programme met l'accent sur un mode de vie sain, en préconisant l'exercice et une saine alimentation, et les patients sont éduqués, en groupe, afin de mieux comprendre leur état de santé. Les patients sont examinés deux fois par semaine dans une clinique ou dans un gymnase de leur communauté, un peu comme une clinique mobile. Le programme est très intensif. Par exemple, le personnel étudie les habitudes alimentaires quotidiennes avec les clients, qui apportent leurs produits alimentaires afin de pouvoir lire les étiquettes ensemble. L'objectif consiste à amener les personnes à jouer un rôle proactif dans leur traitement afin qu'elles

puissent comprendre les raisons pour lesquelles un aliment particulier constitue un bon ou un mauvais choix.

L'exercice, l'alimentation, les répercussions des maladies chroniques sur l'organisme et la gestion des médicaments font tous partie de la matière enseignée. Les clients reçoivent également des renseignements écrits à emporter. Lorsque le programme de trois mois est terminé, l'équipe peut offrir un soutien, mais pas de soins réguliers, puisque le personnel doit être disponible pour commencer un nouveau groupe.

1.13.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

- Des interventions en salle : ces activités ont nécessité quatre points de services (gymnases). Environ 50 patients ont été pris en charge, soit 10 à 15 patients par salle de gym;
- Un soutien à l'autogestion (télésoins);
- Un modèle de prestation de services qui adopte l'approche de « clinique mobile »;
- Un soutien à la décision à travers l'émission d'ordonnances collectives;
- Des systèmes d'information : Cortex et outils maison.

L'intervention comprend trois phases essentielles : la préparation, les activités en salle et une période de maintien (suivis trimestriels). Le processus de développement et de mise en œuvre a nécessité des partenariats avec les secteurs public et privé.

1.13.3 Points forts

- Améliore l'efficacité de la gestion des maladies chroniques dans les régions rurales éloignées;
- Favorise le travail d'équipe entre un groupe interprofessionnel composé d'infirmières, de diététistes et de kinésithérapeutes qui travaillaient en collaboration avec des médecins;
- Améliorer l'accès et la livraison de services auprès des communautés rurales et éloignées;
- Favorise l'implication proactive des patients dans la prise en charge et le traitement des maladies;
- Adopte au besoin une approche d'équipe mobile;
- Faire la promotion de l'exercice physique et d'une alimentation saine auprès des communautés;
- Peut-être théoriquement appliquée et transférée dans d'autres milieux;
- Optimise les ressources internes du centre de santé et met à profit les ressources de la communauté.
- Implique le partenariat avec le secteur privé et des partenaires antérieurs;
- Crée des interactions productives par la mise en place d'une équipe clinique prête et proactive et la prise en charge de patients informés, actifs et motivés.

1.13.4 Difficultés

- Les défis inhérents au partenariat qui est le principal facteur de réussite;
- La capacité de mettre en place et de maintenir le partenariat entre les divers intervenants;
- Défis inhérents à l'interdisciplinarité dans un contexte rural.

1.13.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Une équipe interdisciplinaire, formée de médecins, de diététistes, d'infirmières autorisées, de nutritionnistes et de kinésiologues.

❖ Infrastructures et matériel

- Moyen de transport en commun;
- Salle communautaire ou gymnase;
- Outil de sensibilisation;
- Matériel pour la télé soins.

1.13.6 Temps et compétences requis

Préparation (plus ou moins 1 mois)	Activités en salle (13 semaines)	Suivis trimestriels (15 mois)
<p>Capacité 50 patients (10 à 15 par salle de gym).</p> <p>Référence / contact direct.</p> <p>Évaluation initiale.</p> <p>Préparations des outils et des dossiers.</p>	<p>Deux séances par semaine composées de 60 minutes d'exercices, 20 à 30 minutes de capsules santé et 10 à 15 minutes d'auto monitoring.</p> <p>Suivi régulier.</p> <p>Télé soins.</p> <p>Intervention individuelle.</p>	<p>Suivi post programme comprenant des évaluations trimestrielles, une consultation en salle et une révision.</p> <p>Activités complémentaires : épicerie et conversation.</p>

La mise en œuvre de la pratique nécessite une collaboration impliquant une équipe interdisciplinaire, formée de médecins, de diététistes, d'infirmières autorisées et de kinésiologues, qui conçoit pour chaque patient un seul plan de traitement afin d'aborder toutes les pathologies de manière efficace. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention, une formation sera offerte aux intervenants, aux usagers et dans la mesure du possible à la famille ou aux proches des usagers. Les compétences spécialisées requises doivent être facilement accessibles dans le contexte de l'intervention.

1.13.7 Financement

La littérature ne fournit pas de renseignements sur le budget du projet, mais elle indique que son développement et sa mise en œuvre a bénéficié de l'appui du ministère de la Santé du Québec et des acteurs du secteur privé.

1.13.8 Retombées

Entre 2011 et 2013, le programme a effectué des expérimentations auprès de trois cohortes de patients. Chaque cohorte comportait environ un cinquantaine de patients. Les résultats indiquent que l'état des patients s'est amélioré comme en témoignent l'utilisation réduite de médicaments, les taux d'hypertension moins élevés, les taux de cholestérol plus faibles, le diabète mieux maîtrisé, la perte de poids et le changement du mode de vie (diminution du tabagisme). Par conséquent, les services spécialisés sont moins sollicités et les chirurgies sont moins fréquentes. De plus, les médecins voient le programme d'un bon œil, car ils peuvent maintenant recevoir leurs patients moins souvent.

1.13.9 Argumentaire

Le projet de Rocher-Percé est un programme qui vise à améliorer l'efficacité et l'efficience dans la gestion et la prévention des maladies chroniques à travers le travail de collaboration d'une équipe multidisciplinaire qui appuie les médecins traitants dans la prise en charge des personnes présentant de multiples morbidités. Le projet vise aussi à optimiser les ressources internes du centre de santé et à mettre à profit les ressources de la communauté. L'intervention affiche une grande adaptabilité puisqu'elle a été mise en œuvre dans différents contextes ou auprès de diverses populations ou par différents fournisseurs. Les valeurs inhérentes à l'intervention se résument aux points suivants :

- Les services sont plus près de la communauté, les lieux de traitement sont répartis sur le territoire et bénéficient de l'appui d'une équipe mobile;
- La mise en place une équipe interdisciplinaire (kinésiologue, nutritionniste, infirmière) qui élabore un plan de traitement commun;
- La mise en place d'une équipe spécifiquement dédiée au traitement des personnes ayant plus qu'une maladie chronique;
- L'enseignement de l'auto-monitorage et l'autonomisation dans la pratique de l'activité physique;
- L'implication du proche aidant et du réseau social du patient;
- L'éducation sur les habitudes de vie et les facteurs de risques;
- Des activités de sensibilisation sur la santé ouvertes au grand public.

Rocher-Percé est un milieu typiquement rural éloigné ayant des similarités avec certaines régions d'Érié St-Clair et du sud-ouest. En effet, la population de la région est dispersée sur un vaste territoire, les effectifs sont petits et on note la rareté ou l'éloignement de certaines ressources spécialisées et expertises. De plus, environ 60 % des patients sont des personnes âgées et les maladies chroniques constituent un problème important compte tenu des facteurs

de risque comme l'obésité, l'hypertension, les taux élevés de cholestérol, la sédentarité, l'abus d'alcool et le tabagisme.

La littérature indique que les maladies chroniques constituent l'un des plus grands défis à relever par le système de santé de l'Ontario, d'autant plus que la population ontarienne vieillit rapidement. Près de quatre millions d'ontariens âgés de plus de 45 ans vivent avec une maladie ou un trouble chronique et près de 70 % de ces personnes présentent au moins deux pathologies chroniques. La prévalence et l'ampleur des maladies chroniques menacent donc la viabilité future du système de santé de la province.

Aider les patients à mieux autogérer leurs maladies chroniques pourraient contribuer à améliorer les résultats des soins de santé et leur qualité de vie tout en allégeant le fardeau que ces maladies font peser sur l'ensemble du système de santé. Pour y parvenir, il est essentiel de transformer un système réactif en un système proactif par des interactions bien planifiées et un suivi bien planifié pour assurer la prestation de soins efficaces, efficaces. Pour être efficace, l'intervention devra être en mesure d'adapter le modèle actuel de prestation aux particularités de la région desservie et aux besoins des personnes du territoire ayant des problèmes de santé chronique.

1.13.10 Contact

Tim Sutton, Centre de santé et des services sociaux du Rocher-Percé
tim.sutton.pabok@SSSS.gouv.qc.ca
Tél. : 418 680-3307

1.13.11 Références

- <https://www.accreditation.ca/fr/node/6233>
- <http://www.improvingchroniccare.org/>

1.13.12 Projets connexes

Vivre en santé Champlain – Programme d'autogestion des maladies chroniques

http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/pri_champlain.aspx

<http://www.vivreensantechamplain.ca/>

Personne-ressource : Rachel Bowen, Tél. : 613 562-6262, poste 1664; Courriel : rbowen@bruyere.org

1.14 Améliorer la prise en charge des patients diabétiques grâce à la télémédecine

1.14.1 Description

La plateforme de télémédecine DiabeTIC permet de répondre aux enjeux de prise en charge des diabétiques et de mieux maîtriser les dépenses de santé. DiabeTIC, doté de dispositifs intelligents et de services intégrés, assure la prise en charge et le suivi des patients diabétiques

grâce à une communication bidirectionnelle entre les patients et les professionnels de santé. Le patient mesure son taux de sucre à l'aide d'un glucomètre intégré dans son iPhone ou son ordinateur et transmet ces mesures au personnel soignant qui en retour interagit avec lui. Via la plateforme DiabeTIC, le patient accède également à une palette de services : programmes nutritionnels et d'exercices physiques, questionnaires, librairie... Il élargit ainsi ses connaissances autour de sa pathologie et apprend à mieux la gérer. Pour le patient, DiabeTIC est un outil simple et à la manipulation aisée, qu'il peut utiliser en toute liberté et où qu'il se trouve (déplacement, vacances...).

1.14.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Le projet est né d'une collaboration entre les filiales espagnoles d'Orange Healthcare et de Sanofi qui ont développé une solution inédite : la plateforme DiabeTIC. Ce projet devrait faire gagner les patients en autonomie dans la prise en charge de leur diabète tout en renforçant le lien avec l'équipe soignante. Des centres investigateurs hospitaliers et libéraux participent à l'évaluation de ce projet.

Les informations disponibles sur la pratique ne permettent pas de développer davantage ce volet.

1.14.3 Points forts

- Implication des patients dans la prise en charge de leur pathologie;
- Meilleure compréhension de la pathologie de la part du patient;
- Amélioration de la prestation de service;
- Diminution des coûts pour le système;
- Diminution des visites chez le médecin;
- Amélioration de la livraison de service à distance;
- Offre de solutions intégrées et efficaces aux patients et aux professionnels.

1.14.4 Difficultés

- La capacité des patients de se procurer un téléphone intelligent;
- L'accès et la familiarité à la technologie;
- Les difficultés techniques dues à la connexion internet;
- L'accès à l'internet dans certaines régions.

1.14.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Agents de soutien en informatique et/ou de télécommunication;
- Agents de mise en œuvre;

- Professionnels de la santé (infirmiers, infirmières, médecins spécialistes);
- Développeur d'application.
- ❖ **Infrastructures et matériel**
- Plateforme en ligne;
- Application pour téléphone mobile;
- Centrale de collecte de données.

1.14.6 Temps et compétences requis

Les informations sur ces paramètres ne sont pas disponibles.

1.14.7 Financement

Les informations sur ces paramètres ne sont pas disponibles

1.14.8 Retombées

Pour les patients, DiabeTIC est la sécurité d'un suivi régulier, personnalisé et de proximité, grâce à la communication régulière avec le personnel soignant. Plus impliqué dans la gestion de sa maladie, le patient gagne en autonomie et, par conséquent, en qualité de vie.

Pour les professionnels de santé et les acteurs de l'écosystème sanitaire, les bénéfices tiennent en trois mots : fiabilité, optimisation et proximité.

- Fiabilité d'une solution globale qui préfigure un nouveau modèle sanitaire dans un contexte où la viabilité des systèmes de santé est un défi permanent pour les pouvoirs publics.
- Optimisation de l'organisation du travail avec la réduction des visites à l'hôpital et de la durée des consultations.
- Proximité avec le patient grâce au système de communication bilatérale et un meilleur suivi des prescriptions.

1.14.9 Argumentaire

Dans un contexte budgétaire contraint et au regard du vieillissement de la population, une des causes majeures d'occurrence du diabète, l'enjeu est double : améliorer la prise en charge de la maladie et mieux maîtriser les dépenses de santé, d'où la plateforme de télémédecine DiabeTIC répond à ces enjeux.

La plateforme permet d'offrir des solutions intégrées et efficaces au patient comme au professionnel de santé, en vue d'améliorer la qualité de vie du malade diabétique, de même qu'aux pouvoirs publics, dans leur effort constant visant à trouver des solutions garantissant la viabilité du système national de santé. Elle permet aussi de

- Améliore la communication entre les personnes atteintes de diabète et les professionnels de la santé.

- Promouvoir une communication et une coordination renforcées entre les professionnels de la santé.
- Promouvoir le développement efficace de compétences d'autogestion chez les personnes atteintes de diabète.
- Réduire les obstacles à un traitement efficace.
- Améliorer les soins psychologiques offerts aux personnes atteintes de diabète.

1.14.10 Contact

Marc-Antoine Lucchini, Président-Directeur général Sanofi España et Portugal

1.14.11 Références

- <http://healthcare.orange.com/decouvrez-l-e-sante/tous-les-use-cases/Comment-ameliorer-la-prise-en-charge-des-patients-diabetiques-grace-a-la-telemedecine>

1.14.12 Projets connexes

La recherche documentaire n'a pas pu identifier de projets connexes.

1.15 Accès des consommateurs à des renseignements sur la santé personnelle pour l'auto prise en charge de l'asthme

1.15.1 Description

Ce projet est à sa deuxième phase de mise en œuvre, mais ne recrute plus de participants. Il permettra et évaluera l'accès du patient aux renseignements de santé personnelle et aux dossiers de santé électroniques (DSE) par l'élaboration d'une application mobile d'auto prise en charge de l'asthme et l'intégration à une plateforme de santé axée sur le consommateur, ainsi qu'aux dossiers médicaux électroniques (DME) du programme local relié à l'asthme. Il permettra l'échange de données confidentielles avec d'autres utilisateurs de l'application, les prestataires de soins et les familles.

Le projet est financé par Inforoute santé Canada et se réalise grâce à la collaboration entre le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, l'Association pulmonaire de l'Ontario, la firme TELUS et Lawson Health Research Institute. L'intervention a commencé en février 2013 et la fin est prévue pour le mois mars 2016. L'objectif est de démontrer que l'application mobile et la plateforme contribuent plus que les méthodes conventionnelles à l'amélioration des conditions de vie des patients souffrant d'asthme. L'application mobile (Breathe) n'est pas actuellement disponible pour le grand public. Une étude d'évaluation des avantages est en cours auprès de 400 participants provenant de plusieurs endroits de la province. La pertinence de l'intervention repose sur la réduction auprès des patients des visites médicales non planifiées.

1.15.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Il s'agit d'une étude multicentrique, contrôlée comparant les résultats d'une application pour appareil mobile et d'une plateforme Web (appareil intelligent mobile, tablette et/ou ordinateur personnel PC) à ceux des méthodes conventionnelles de prise en charge des patients souffrant d'asthme en Ontario. L'expérience s'effectue sur environ 400 participants répartis sur tous les sites de l'étude. L'objectif est d'amener les personnes aux prises avec l'asthme à faire le suivi de leurs symptômes, des facteurs qui déclenchent une crise et de leur utilisation des médicaments et le tout s'accompagne d'un plan d'action généré par leur médecin, qui les aide à maîtriser les symptômes de la maladie.

Dans le cadre de cette initiative, les données du groupe témoin seront comparées à ceux de toutes les personnes souffrant d'asthme en Ontario en utilisant les données obtenues à partir de la cohorte de l'Ontario Asthma Surveillance Information System (OASIS). Pour participer à l'intervention, les patients doivent être âgés de 18 ans et plus, être familiers avec la technologie, remplir un formulaire de consentement et avoir une bonne compréhension de l'anglais (lecture et écrit). Les personnes souffrant d'autres affections comme la fibrose kystique, la maladie pulmonaire obstructive chronique ou la bronchectasie ne sont pas éligibles à la participation. Tous les protocoles / procédures utilisés dans le cadre du projet ont été approuvés par les comités d'éthique de la recherche des institutions universitaires compétentes concernées. Les informations personnelles collectées sont traitées en toute confidentialité et utilisées uniquement aux fins de l'intervention.

Les participants se servent de téléphones mobiles intelligents ou de la plateforme pour enregistrer en temps réel les mesures de contrôle de l'asthme (symptômes, utilisation de médicaments, les facteurs qui déclenchent une crise, etc.). La collecte de données auprès d'un participant s'étend sur une période de 12 mois, toutefois ils peuvent se retirer du programme avant la fin des collectes. Les données sont transmises immédiatement après l'entrée par le téléphone intelligent ou l'application basée sur le Web à un serveur central sécurisé de TELUS Health & Financial Solutions puis partager avec les partenaires du projet. L'Espace santé TELUS est une plateforme certifiée permettant de recueillir, de stocker, d'utiliser et de partager des renseignements sur la santé en ligne.

1.15.3 Points forts

- Améliore l'hygiène de vie et développe des habiletés;
- Assure une complémentarité pour les soins médicaux;
- Diminue les visites non planifiées;
- Fait la promotion de l'auto prise en charge;
- Améliore la qualité des soins et désengorge le système de soin;
- Éduque les patients à une meilleure prise en charge de leur affection;
- Aide les patients à mieux comprendre leur maladie;
- Aide à l'identification, l'évitement ou le contrôle des facteurs déclenchant;
- Aide à mieux maîtriser les symptômes de la maladie;

- Améliorer la qualité de vie des patients;
- Développement du sentiment sécurité auprès des patients;
- Promotion des habitudes de vie saines;
- Aide à la surveillance et le suivi, y compris l'évaluation des symptômes, de la réponse aux médicaments et de la mesure de la fonction pulmonaire;
- Offre la possibilité d'élaborer un plan d'autogestion guidée.

1.15.4 Difficultés

- La capacité des patients de se procurer un téléphone intelligent;
- L'accès et la familiarité à la technologie;
- Désistements de patients;
- Les difficultés techniques dues à la connexion internet;
- L'accès à l'internet dans certaines régions.

1.15.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Agents de soutien en informatique et/ou de télécommunication;
- Agents de mise en œuvre;
- Professionnels de la santé (infirmiers, infirmières, médecins spécialistes);
- Développeur d'application.

❖ Infrastructures et matériel

- Plateforme en ligne;
- Application pour téléphone mobile;
- Centrale de collecte de données.

1.15.6 Temps et compétences requis

Le projet pilote a commencé en février 2013 et la fin est prévue pour le mois mars 2016. Les essais sur un patient se déroulent sur une période de 12 mois. La littérature n'indique pas la fin réservée au dossier des participants qui se retirent avant la période de 12 mois. L'intervention exige l'implication des patients et la participation de professionnels possédant des compétences poussées (informaticiens, médecins spécialistes, autres professionnels de santé, personnel administratif clinique), mais qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention. L'intervention bénéficie d'une collaboration interdisciplinaire (domaines médical, universitaire et secteur privé : TELUS)

1.15.7 Financement

Projet financé par Inforoute Santé du Canada

Budget total : 1 000 000 \$

Bénéficiaire : Association pulmonaire de l'Ontario

1.15.8 Retombées

Le projet est en cours, mais ne recrute plus de participants. Les résultats de l'intervention ne sont pas encore connus.

1.15.9 Argumentaire

En Ontario et au Canada, de nombreux patients souffrants d'asthme sont traités efficacement par un traitement bien conduit et peuvent vivre relativement normalement. Cependant, une proportion non négligeable souffre d'asthme sévère, susceptible de ne pas répondre aux traitements pharmacologiques actuellement disponibles. Pour une meilleure prise en charge de l'asthme, il est en effet important de connaître les expériences issues de la vie quotidienne des patients en plus de la présentation clinique de cette maladie chronique. Le projet « Accès des consommateurs à des renseignements sur la santé personnels pour l'auto prise en charge de l'asthme » semble avoir cela à l'esprit et c'est pour cette raison que les promoteurs s'investissent dans la mise au point d'une nouvelle technologie qui permettra d'ouvrir de nouvelles perspectives dans la façon d'aborder la prise en charge de cette maladie.

Les recherches scientifiques indiquent que l'asthme est une maladie hétérogène; par conséquent, la réponse aux traitements varie considérablement d'un patient à l'autre. Outre la génétique, la réponse à la thérapie dépend aussi de facteurs comme l'ethnicité, la culture, l'adhésion, la littératie en santé, l'influence des pairs, la numératie, les facteurs économiques, l'attitude, les croyances, les préférences, les peurs et les idées fausses, qui font tous partie de l'humano-économie. Un manque de compréhension de ces facteurs socio-économiques pourrait entraîner une prise en charge sous-optimale de l'asthme. L'asthme constitue une charge de plus en plus lourde à gérer pour les patients et leurs familles, en plus de son impact évident sur les systèmes de santé, cette maladie affecte la vie professionnelle, sociale, familiale et sexuelle des patients.

L'asthme peut avoir des retentissements délétères sur la carrière des patients. En effet, les personnes souffrant d'asthme, dépendamment de la sévérité de l'affection peuvent être appelées à réduire leurs heures de travail, prendre des journées d'absence ou dans certains quitter un emploi qu'ils aiment. Il est donc important d'élaborer des technologies médicales pouvant faire progresser la science et offrant une gamme étendue de solutions hautement performantes destinées à répondre aux besoins de patients non encore satisfaits et à minimiser les coûts pour les systèmes de santé. Développer des techniques novatrices pouvant venir à bout des nombreuses difficultés quotidiennes rencontrées par les patients et leurs proches, ainsi que par les professionnels de santé qui œuvrent pour la prise en charge quotidienne de cette maladie est l'objectif visé par le projet.

1.15.10 Contact

Chris Licskai, Associate Professor of Medicine, University of Western Ontario, Lawson Health Research Institute

privacyofficer@on.lung.ca

Tél. : 416 864-9911, poste 239

1.15.11 Références

- <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/progres-au-canada/liste-de-projets>
- <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01964469>
- <http://www.on.lung.ca/Breathe-App>
- <https://clinicaltrials.gov/show/NCT01964469>

1.15.12 Projets connexes

La recherche documentaire n'a pas pu identifier de projets connexes.

ANNEXES

Les projets et pratiques suivants ont été identifiés et élaborés lors de la phase initiale de recension. Ils s'apparentent à des modèles existant déjà en Ontario ou sont dans des champs d'action hors du mandat des Entités de planification des services de santé en français ou des RLISS. Les sommaires sont toutefois présentés en annexe à titre d'information générale.

SANTÉ MENTALE

1.16 Familles et écoles travaillant ensemble (FETE)

1.16.1 Description

Familles et écoles travaillant ensemble (FETE) est un programme de groupe destiné aux familles, conçu pour renforcer les liens parent-enfant ainsi que le fonctionnement et les réseaux sociaux de la famille afin d'atténuer les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants. Le programme adopte une approche à la fois générale et ciblée en ce sens que toutes les familles qui le souhaitent peuvent y participer. Par contre, les enfants qui, selon leur professeur ou leur famille, sont soumis à de multiples facteurs de risque sont recrutés de manière active. Le programme vise à :

- Améliorer les relations familiales et renforcer les liens familiaux;
- Promouvoir la réussite scolaire des enfants;
- Prévenir l'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les enfants et leurs familles;
- Atténuer le stress que vivent les parents et les enfants au quotidien;
- Accroître la participation des parents dans les activités de l'école de leurs enfants et de leur collectivité;
- Donner aux parents et aux enfants l'occasion de passer du temps de qualité ensemble, de s'apprécier, de s'entraider et de s'engager davantage dans l'école et dans la communauté.

À l'origine, l'initiative a été élaborée et mise en œuvre en 1988, à Madison (dans l'État de Wisconsin) par la Dr Lynn McDonald. Depuis, le programme s'est développé et s'est étendu non seulement à 2 000 écoles réparties dans 48 États américains, mais également au Canada (par l'entremise de Services à la famille Canada), en Australie, en Autriche, en Angleterre, en Allemagne, en Russie et aux Pays-Bas. Le programme a également été adapté à différentes cultures (peuples autochtones, populations latino-américaines) et à différents groupes d'âge (FETE pour bébés [de 0 à 3 ans], FETE pour la petite enfance [de 3 à 5 ans], FETE pour les enfants du début du primaire [de 4 à 8 ans], et FETE pour les préadolescents [de 9 à 12 ans]). Le programme a été offert dans six écoles réparties dans quatre provinces canadiennes sur une période de trois ans. Des modèles adaptés à divers segments de la communauté (variantes du

programme) sont présentés dans un document accessible sur le site du centre de transfert de la réussite éducative du Québec. Ces différentes variantes du programme sont les suivants :

- FETE pour bébés est un modèle de prévention et de soutien familial fondé sur la recherche qui s'adresse aux bébés (de 0 à 3 ans) et à leurs mères adolescentes.
- FETE pour la petite enfance est un programme novateur de collaboration axé sur la prévention et la mise en valeur des forces, qui s'adresse aux enfants de 3 à 5 ans et à leur famille. Il s'agit d'un programme dynamique et efficace qui vise à encourager la responsabilisation et la participation des parents et à favoriser le développement et la cohésion de la famille. Il est spécialement conçu pour faciliter la transition de l'école préscolaire à l'école institutionnelle.
- Le programme FETE pour les enfants du primaire aide les enfants de 5 à 8 ans à réussir en leur offrant un cadre structuré et sûr qui favorise leur participation volontaire à des expériences répétées, positives, personnelles, communicatives et interactives qui contribuent à former des liens. Les activités servent notamment à créer des liens entre les parents et l'école et à les aider à devenir des « agents protecteurs » pour leurs enfants.
- FETE pour les préadolescents est un programme de prévention et d'intervention précoce axé sur la collaboration et est destiné aux préadolescents de 9 à 12 ans qui sont plus vulnérables à l'échec scolaire, à l'abus de drogues et d'alcool ou à la délinquance juvénile. Le but ultime du programme est d'accroître les chances de réussite des préadolescents à la maison, à l'école et dans leur collectivité, et vise notamment à répondre aux besoins des préadolescents de la 5e ou 6e année alors qu'ils font la transition de l'école élémentaire à l'école secondaire de premier cycle et entament le stade de l'adolescence.
- FETE pour les communautés autochtones est une adaptation de l'approche originale de FETE Canada (FETE pour les enfants du primaire) qui vise à combler les besoins des populations autochtones en milieu rural et urbain.

1.16.2 Étapes de la réalisation / programmation

Le modèle original du programme FETE propose huit rencontres hebdomadaires de deux heures et demie chacune auxquelles tous les membres de la famille assistent et participent. Chaque rencontre débute et se termine par un rituel particulier, se compose d'un repas familial préparé tour à tour par chacune des familles du groupe ainsi que d'activités familiales structurées, d'une période d'entraide pour les parents, de temps pour les enfants et d'une période consacrée à la relation parent-enfant à laquelle participe l'enfant qui a été identifié initialement comme ayant besoin du programme. La fin du programme est soulignée par une cérémonie au cours de laquelle le directeur de l'école remet aux familles participantes un certificat de participation au programme. Après le programme intensif de huit semaines, les parents peuvent participer à FETENCORE, un programme de suivi de deux ans constitué de rencontres parentales mensuelles. FETENCORE vise à donner aux parents l'accès à un réseau social actif et à renforcer leur engagement dans la collectivité.

Le programme propose un éventail d'outils tels que des guides de mise en place et des programmes d'activités et d'animation sur divers thèmes (activité physique, santé,

consommation d'alcool, de tabac et de drogues, importance de faire des activités en famille, etc.)

1.16.3 Points forts

- Très bonne compréhension du problème et/ou de l'environnement connexe (physique, psychologique, social, politique, économique);
- Vision, valeur et croyances unifiées;
- Champion chevronné;
- Synergies avec d'autres stratégies;
- Coopération entre les intervenants clés;
- Prise en charge par la communauté;
- Liens avec l'infrastructure communautaire actuelle;
- Processus décisionnel collaboratif et inclusif.

1.16.4 Difficultés

- La gestion de la tension entre la nécessité de préserver l'intégrité du programme et celle de permettre la souplesse et l'innovation dans la mise en œuvre du programme;
- La difficulté de déterminer les services particuliers à fournir pour mieux soutenir le rendement à l'échelle locale;
- L'amélioration des capacités d'apprendre et de communiquer les éléments essentiels qui favorisent la réussite du programme dans les centres.

1.16.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Partenaires de la communauté : un travailleur social (organisme communautaire de service à la famille) et un conseiller en toxicomanie (organisme communautaire de prévention et de traitement de la toxicomanie);
- Un directeur et deux enseignants;
- Un ou deux parents représentant la communauté de l'école.

❖ Infrastructures et matériel

- Locaux nécessaires aux réunions (cuisine et équipement pour servir des repas à une dizaine de familles ou plus, aire de jeux pour les enfants, salle de réunion, local pour prendre soin des enfants en très bas âge (si nécessaire), endroit pour ranger le matériel relié au programme, etc.);
- Les séances sont menées par une équipe qualifiée, dont font partie la direction de l'école, un enseignant, un conseiller des services à la famille ou un professionnel en

santé mentale, un parent, un conseiller en alcoolisme, toxicomanie et dépendance au jeu ainsi que d'autres bénévoles.

1.16.6 Temps et compétences requis

- La mise en œuvre du programme requiert 8 séances de 2,5 heures chacune suivies de réunions mensuelles de soutien à la famille pendant 2 ans. Chaque séance de 8 semaines est évaluée.
- L'intervention n'exige pas une formation hautement spécialisée de la part des personnes ou des groupes, mais une formation sera offerte aux personnes ou aux groupes dans le cadre de sa mise en œuvre.
- Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte. L'intervention exige la participation de personnel possédant des compétences poussées (p. ex. médecins, épidémiologistes, travailleurs sociaux), mais qui sont facilement accessibles dans son contexte.

1.16.7 Financement

La littérature ne fournit pas d'informations sur les données budgétaires du projet, mais elle informe sur les sources de financement possibles pour l'élaboration, la mise en œuvre et/ou l'évaluation de l'intervention. Les organismes et instances ci-après ont été identifiés : gouvernements provinciaux et administrations municipales, conseils scolaires, entreprises, organismes confessionnels, Fondation Trillium de l'Ontario, Centraide, organismes de services aux familles et aux jeunes, organismes communautaires, diverses fondations, organisations non gouvernementales et secteur privé.

Toutefois, il est possible de contacter les personnes ressources ou les organismes qui se sont investis dans la mise en œuvre du programme afin d'être en mesure d'estimer les ressources financières nécessaires pour l'adaptation de cette pratique.

1.16.8 Retombées

FETE a fait l'objet de plusieurs évaluations tant aux États-Unis qu'au Canada. Ces évaluations indiquent que le programme est efficace, qu'il permet d'améliorer les compétences sociales et le rendement scolaire des enfants et de diminuer les comportements d'extériorisation et le recours à l'éducation spécialisée. Il contribue également à améliorer la faculté d'adaptation des familles et à atténuer l'isolement social des parents. Les résultats du programme indiquent chez les participants des répercussions positives dont l'effet s'est fait sentir à long terme.

Au niveau individuel, les données ont démontré de façon descriptive qu'il y avait moins de demandes de services d'éducation spécialisée pour les enfants du FETE (un cas) par comparaison avec les enfants du groupe témoin (quatre cas). Les cotes des parents obtenues à la Liste de contrôle des comportements des enfants ont indiqué une réduction statistiquement plus importante dans les comportements d'extériorisation des participants au FETE (moyennes = 56,0 et 50,3 pour avant et pour le suivi au cours de la première année respectivement, ce qui donne une différence après et avant de -5,7) par comparaison avec le groupe témoin (moyennes respectives = 55,6 et 53,7, ce qui donne une différence de -1,9, $d = 0,68$, $p < 0,05$).

Au niveau interpersonnel, le programme a été associé à un important impact positif sur l'adaptabilité de la famille. Même si les cotes d'adaptabilité ont diminué d'un point de vue descriptif (ce qui démontre une moins grande adaptabilité) dans les conditions expérimentales, les participants au programme ont affiché une moins grande baisse au niveau statistique (moyennes = 23,8 et 22,9 pour avant et pour le suivi au cours de la première année respectivement, ce qui donne une différence après et avant de -0,9) par comparaison avec le groupe témoin (moyennes respectives = 27,0 et 23,7, soit une différence de -3,3), ce qui a donné un effet d'une ampleur de $d = 0,79$ ($p < 0,05$).

1.16.9 Argumentaire

Familles et écoles travaillant ensemble (FETE) est un programme qui favorise le rapprochement des familles et de l'école, mais aussi celui des familles entre elles et celui de chacun de ses membres entre eux. Ce programme propose une approche collective fondée sur la collaboration, mettant en valeur les forces des familles, des écoles et des organismes pour qu'ils puissent ensemble atteindre des résultats qu'un groupe seul ne pourrait atteindre. L'intervention affiche une grande adaptabilité puisqu'elle a été mise en œuvre dans différents contextes ou auprès de diverses populations ou par différents fournisseurs. Les valeurs inhérentes à l'intervention se résument à :

- L'amélioration de l'environnement social de la collectivité (p. ex. amélioration du capital social);
- L'enrichissement individuel et communautaire (p. ex. créativité, réflexion critique, interdépendance sociale);
- La justice sociale (p. ex. distribution équitable des ressources; respect de la diversité);
- Le partage du pouvoir (p. ex. réduction des écarts de pouvoir; autonomisation);
- La santé (p. ex. santé globale - physique, mentale, spirituelle, santé optimale pour tous).

Un accent particulier est mis sur les déterminants sociaux de la santé que sont :

- Le développement d'enfants en santé;
- L'éducation et littératie;
- Les environnements sociaux;
- L'hygiène de vie et les capacités d'adaptation;
- Les relations sociales qui respectent la diversité;
- Les réseaux de soutien social.

Les bénéfices du programme pour la région du Sud-Ouest et Érié St. Clair

Selon le dernier recensement de Statistique Canada (2011), les francophones ont de manière générale un profil moins avantageux que le reste de la population en Ontario, notamment dans la région desservie. Cela se reflète entre autres dans la consommation d'alcool, un des éléments clés visés par le programme FETE. Il en va de même avec le tabagisme ainsi que l'exposition à la fumée secondaire, ce qui concerne davantage les enfants de parents fumeurs. Dans ce contexte,

étant donné que la population francophone de la région desservie présente cet indicateur comme étant moins favorable pour la population francophone que celle anglophone, il est plausible de croire que le programme toucherait cette tranche de la population et, de surcroît joindrait les objectifs du programme en ciblant les enfants susceptibles d'être exposés à la fumée secondaire.

De plus, considérant que la région compte près de 19 % d'immigrants francophones, un tel programme faciliterait l'intégration communautaire tout en réduisant l'isolement potentiel de ces familles nouvellement arrivées en Ontario. Enfin, comme le revenu moyen des personnes âgées francophones de la région est légèrement moins élevé (environ 5 % d'écart) que celui des personnes âgées anglophones, le calque d'un tel programme adapté à la région pourrait avoir le potentiel de permettre à cette catégorie de francophones de participer activement aux séances avec leurs petits-enfants ou encore entre amis, dans le but de socialiser, diminuer l'isolement, partager des habitudes saines d'alimentation, d'encourager le partage de connaissances, de même que faire la promotion des services de santé en français disponibles dans la région, etc. Ultiment, en plus d'encourager les bons comportements, le potentiel à atteindre avec le programme est également celui de prévenir l'abus de substances chez les plus jeunes et d'atténuer le stress à l'école ou en milieu familial.

En partenariat avec les conseils scolaires de langue française, le programme peut être mis sur pied dans la communauté en collaboration avec des organismes tels que le YMCA, l'ACFO, un centre de santé, etc.

Note : L'élaboration de cette pratique nécessite une analyse de l'impact ou relation du RLISS sur les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) en termes de services à la famille, parce que ces services ne sont pas financés par le RLISS, mais plutôt par les bureaux de santé publique qui sont présents dans les écoles.

1.16.10 Contact

❖ Au Canada

Laurie Rektor, directrice des programmes communautaires
Services à la famille Ottawa
Familles et écoles travaillant ensemble Canada
Tél. : 613 725-3601, poste 118
Courriel : rektor@familyservicesottawa.org

❖ Aux États-Unis

Dr. Lynn McDonald of Family Services of America (now the Alliance for Children and Families)
Families and Schools Together Inc.
2801 International Lane
Madison, WI 53704-3151
Tél. : 608 663-2382
Sans frais : 888 629-2481
Télé. : 608 663-2336

1.16.11 Références

- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/families-schools-fst/>
- [Site Web de Families and Schools Together \(en anglais seulement\)](#)
- [Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Juvenile Justice Bulletin: Families and Schools Together](#)
- [National Centre for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention: Families and Schools Together](#)
- Kratchowill TR, L McDonald, JR Levin, PA Scalia and G Coover. [Families and Schools Together: An experimental study of multi-family support groups for children at risk. Journal of School Psychology. 2009; 47\(4\): 245-265.](#) (en anglais seulement)
- Kratchowill TR, L McDonald, JR Levin, H Young Bear-Tibbetts and MK Demaray. [Families and Schools Together: an experimental analysis of a parent-mediated multi-family group program for American Indian children.](#) Journal of School Psychology. 2004;42(5):359-383. (en anglais seulement)
- Hernandez L. [Families and Schools Together: Building organizational capacity for family-school partnerships. Cambridge \(MA\): Harvard Family Research Project; 2000 May.](#) (En anglais seulement)

1.16.12 Projets connexes

- Family Thriving Program (FTP) : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/family-thriving-program-ftp/>
- Le Quatrième R : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/fourth-r-skills-youth-relationships/>
- Adolescent Treatment and Learning Alternative Service : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/transformation/docs/medal/ministers_medal_adolescent.pdf

Early Risers

- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/early-risers/>
- <http://www.psychiatry.umn.edu/research/earlyrisers/overview/home.html>
- [Early Risers Brochure](#) (en anglais seulement)
- [Early Risers Skills for Success](#) (en anglais seulement)

1.17 Système de sécurité au travail pour les travailleurs communautaires

1.17.1 Description

Le City of Toronto Homemakers and Nursing Services est le premier établissement en Ontario à mettre à l'essai le système iGuard, un système de sécurité au travail à l'intention des travailleurs communautaires. La ville dessert un mélange de clients ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ce qui rend particulièrement vulnérables les travailleurs communautaires effectuant seuls des visites à domicile. Avec le système iGuard, les travailleurs utilisent une carte magnétique qui permet d'effectuer le suivi de l'endroit où ils se trouvent. Une alerte est déclenchée quand ils n'ont pas fait un compte rendu après une certaine période. Les membres du personnel peuvent également déclencher une alerte en cas d'urgence. L'organisme donne une formation en matière de sécurité au personnel, en collaboration avec le service de police de la ville de Toronto.

1.17.2 Référence

<http://www.accreditation.ca/fr/node/6318>

Courriel du contact : tbernar@toronto.ca

1.17.3 Projets connexes

- Bien-être mental dans le milieu de travail : <http://www.accreditation.ca/fr/bien-%C3%AAtre-mental-dans-le-milieu-de-travail>
- Simulations interactives en santé mentale pour les premiers intervenants : <http://www.accreditation.ca/fr/node/6397>

1.18 Quatrième R

1.18.1 Description

Ce programme préconise une approche globale à l'échelle de l'école pour prévenir la violence et l'intimidation en améliorant les relations interpersonnelles. Le Quatrième R est issu du projet Youth Relationships Project, un programme de prévention visant la violence dans les fréquentations chez les jeunes ayant été confrontés à la maltraitance et à la violence dans leur famille. Au Canada, le programme a été conçu par le département des sciences préventives du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) de l'Université de Toronto; le Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children de la faculté d'éducation de l'Université de l'Ouest de l'Ontario; et le Thames Valley District School Board.

Le Quatrième R propose 21 leçons fondées sur les compétences qui favorisent l'établissement de saines relations amoureuses et qui ciblent la violence, les comportements sexuels à risque élevé et la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents. L'intervention répond aux exigences du programme éducatif du cours d'éducation physique de neuvième année en Ontario. Le programme part du principe que l'établissement des relations peut être enseigné en milieu scolaire au même titre que la lecture, l'écriture et les mathématiques. Les leçons sont données par des enseignants qui ont suivi une formation de six heures pour se

familiariser avec le matériel et les méthodes utilisées pour l'intervention. L'enseignement repose sur des aptitudes saines et non violentes d'établissement de relations amoureuses. L'intervention comprend des exercices différents pour les garçons et les filles afin d'en maximiser la pertinence et de réduire au minimum l'attitude défensive des participants.

Selon les auteurs, pour enseigner la prévention aux adolescents, il faut d'abord que ces derniers comprennent qu'il existe des forces propres à chaque sexe et qu'ils acceptent de voir le monde en fonction de cette réalité. Sur le plan du développement, la notion des genres pour les élèves du secondaire est très rigide. Comme ils ne comprennent pas que la nature de la violence varie de façon importante entre les deux sexes, autant les filles et les garçons seront hypersensibles à tout message qu'ils perçoivent comme étant dénigrant.

Le Quatrième R met l'accent sur la sensibilisation aux différences entre les sexes par des activités de déconstruction du discours médiatique, des discussions sur les attentes et les principes différents des filles et des garçons et en recourant parfois à des activités différentes selon le sexe. La possibilité d'aborder ces questions dans des groupes de jeunes du même sexe fait en sorte que les jeunes se sentent plus à l'aise de discuter de sujets délicats. En résumé, le Quatrième R est un programme qui vise à réduire trois comportements à risque interreliés chez les adolescents : la violence (intimidation, violence entre les pairs et dans les fréquentations amoureuses des adolescents), la consommation d'alcool et d'autres drogues et les relations sexuelles à risque.

1.18.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

Le Quatrième R cible les jeunes de 13 à 17 ans et se compose trois grands modules qui comptent chacun sept leçons de 75 minutes :

- Sécurité personnelle et prévention des blessures;
- Grandir en santé et bonnes habitudes sexuelles;
- Consommation abusive d'alcool et d'autres drogues.

Les principaux éléments du programme sont les trois modules axés sur les compétences; d'autres éléments importants du programme visent le milieu scolaire en général et les parents. Les interventions en milieu scolaire comprennent l'éducation du personnel et des enseignements sur la façon de sensibiliser les jeunes, de l'information au sujet du programme et des activités supplémentaires destinées aux comités dirigés par des élèves. Les parents apprennent en quoi consiste le programme, en quoi les comportements des adolescents peuvent changer et quelles stratégies parentales leur seraient utiles.

1.18.3 Points forts

- Enrichissement individuel et communautaire (p. ex. créativité, réflexion critique, interdépendance sociale);
- Sensibilisation des enseignants et enseignantes et développement des compétences;
- Éducation/développement d'habiletés - Changement du comportement;
- Compétences en matière d'établissement de relations amoureuses positives;

- Satisfaction des principaux intervenants à l'égard du programme (directeurs/consultants), réalisateurs (enseignants et enseignantes) et population visée (élèves);
- Facile à intégrer aux exigences existantes du programme éducatif;
- Coopération au sein des intervenants clés;
- Liens avec l'infrastructure communautaire;
- Prise de décision commune et intégrée;
- Synergies avec d'autres stratégies;
- Très bonne compréhension du problème relié à l'environnement (physique, psychologique, social, politique, économique);
- Vision, valeurs, croyances uniques.

1.18.4 Difficultés

La principale difficulté est le maintien du programme de façon durable. Les limites en termes d'évaluation constituent aussi des difficultés. Une des limites de l'évaluation est l'utilisation d'auto-évaluations pour connaître les habitudes de violence chez les jeunes couples de sorte à connaître l'intensité, la fréquence ou le contexte d'un tel comportement.

1.18.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Personnel et enseignants formés sur la façon de sensibiliser les jeunes;
- Agents de mise en œuvre - Professionnels;
- Formateur des moniteurs.

❖ Autres ressources

- Outils de formation et d'intervention.

1.18.6 Temps et compétences requis

- Élaboration de l'intervention : 2 ans ;
- Mise en œuvre l'intervention : 21 leçons de 75 minutes ;
- Évaluation de l'intervention : 2 ans et demi ;

1.18.7 Financement

La littérature existante n'a pas fourni d'informations sur les données budgétaires du projet. Toutefois, il est possible de contacter les institutions qui se sont investies dans la mise en place de ce programme afin d'être en mesure d'estimer les ressources financières nécessaires pour l'adaptation de la pratique.

1.18.8 Retombées

L'évaluation du programme s'est faite selon un essai randomisé par grappe dans lequel on comparait un groupe témoin de dix écoles (programme habituel d'éducation physique) à un groupe de dix écoles où l'on enseignait le programme. Les résultats de l'intervention ont été évalués deux ans et demi après la mise en œuvre du programme. L'essai comprenait des résultats primaires (violence physique dans les relations amoureuses chez les jeunes) et des résultats secondaires (violence physique entre pairs, consommation d'alcool et de drogues illicites et utilisation du condom).

Les résultats préliminaires montrent que les participants au programme, lorsque confrontés à des pressions pour s'engager dans des comportements à haut risque, sont deux fois plus nombreux que les non participants à utiliser la négociation pour gérer de telles situations. Il y a donc lieu de penser que ce programme est à même de prévenir ou tout au moins de réduire l'intimidation, en fournissant aux auteurs et victimes potentielles d'actes d'intimidation les outils appropriés pour réduire le risque d'être impliqués dans ce genre de comportements.

1.18.9 Argumentaire

La littérature indique qu'il existe une relation très étroite entre le fait d'intimider pendant l'enfance et les comportements antisociaux pendant l'adolescence et à l'âge adulte. D'après des études effectuées au Canada, environ 6 % des élèves âgés de 12 à 19 ans ont déclaré avoir intimidé autrui au moins une fois par semaine, 8 % ont été victimes d'intimidation au moins une fois par semaine tandis que 1% des élèves interrogés ont été à la fois victimes et auteurs d'actes d'intimidation au moins une fois par semaine (Volk, Craig, Boyce et King, 2003; Rivers et Smith, 1994; Haynie et coll., 2001). Les faits révélés dans l'actualité au cours des dernières années indiquent que les écoles situées sur le territoire desservi ne sont pas en marge des cas d'intimidation. Dans ce contexte, en complément aux programmes en place dans les écoles, le programme Quatrième R pourrait appuyer les écoles dans l'accomplissement de leur mandat principal qui est d'offrir aux enfants et aux adultes de leur région un milieu sain et sécuritaire. Il s'agit aussi d'un programme préventif « pré-adultes » qui mérite de recevoir l'appui des RLISS.

En plus de prévenir la violence et l'intimidation en améliorant les relations interpersonnelles auprès des jeunes, le Quatrième R habilite les membres de la communauté scolaire à mieux reconnaître les problèmes et les dangers et à intervenir de façon efficace. En considérant l'ensemble des problèmes auxquels les adolescents doivent faire face, le Quatrième R souligne l'importance de choisir la bonne intervention et de cibler les difficultés qui comme la violence, l'intimidation, l'usage de substances et les comportements sexuels à risque surgissent pour la première fois pendant l'adolescence. Les interventions mises en œuvre au cours de cette phase de vie ne seront efficaces que dans la mesure où elles tiennent compte des spécificités du contexte et des défis propres à l'adolescence. C'est pour ces raisons qu'une approche basée sur

la promotion de la santé et la réduction des préjudices, telle que préconisée par le programme Quatrième R, s'est avérée plus efficace que les méthodes d'intervention traditionnelles visant non la réduction, mais l'éradication de tout comportement à risque.

Le programme met un accent sur les déterminants de la santé que sont l'éducation, la littératie et le genre (autre que les différences biologiques). L'intervention a été conçue de manière à répondre aux exigences du programme éducatif du cours d'éducation physique de neuvième année en Ontario. Depuis sa création, le programme a été adapté de différentes façons pour répondre aux besoins des programmes éducatifs des autres provinces, des écoles alternatives, des élèves autochtones et du programme éducatif des écoles catholiques de l'Ontario. Le matériel aussi a été adapté de sorte que le programme puisse être enseigné dans les cours d'éducation physique de huitième année et les cours d'anglais de dixième et de onzième année.

1.18.10 Contact

- Centre des sciences préventives du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) de l'Université de Toronto
- Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children de la faculté d'éducation de l'Université de l'Ouest de l'Ontario
- Thames Valley District School Board

1.18.11 Références

- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/fourth-r-skills-youth-relationships/>
- [The Fourth R: A Relationship Based Program for Grade 10 English](#)
- [Rapport: Lessons from the Fourth R](#) (en anglais seulement)
- [Résumé: A school-based program to prevent adolescent dating violence](#) (en anglais seulement)

1.18.12 Projets connexes

- Le programme « Bully-Proofing Your School » (BPYS) :
<http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/blng-prvntn/index-fra.aspx>
- Le programme de prévention de l'intimidation d'Olweus :
<http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/blng-prvntn/index-fra.aspx>
- Le programme « Together We Light the Way » (TWLW):
<http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/blng-prvntn/index-fra.aspx>
- Le programme « Success in Stages » :
<http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/blng-prvntn/index-fra.aspx>

SANTÉ PRIMAIRE

1.19 Soins intégrés pour les populations complexes

1.19.1 Description

Cette pratique novatrice du RLISS du Centre de la région de Toronto fait intervenir un groupe intersectoriel d'organismes offrant des soins primaires, des soins spécialisés, des soins de courte durée et des soins continus complexes, des services médicaux d'urgence, des services sociaux ainsi que des hôpitaux de réadaptation et le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du centre de la région de Toronto.

Le programme met l'accent sur les personnes âgées dont la santé est fragile et dont les soins représentent entre 30 à 60 % des coûts de soins de santé. Il favorise une bonne qualité de vie chez les personnes âgées qui vieillissent en sécurité dans le confort de leurs maisons. Afin d'améliorer la qualité des services offerts, le groupe a entamé le processus en explorant les lacunes des services offerts aux personnes âgées et à leurs familles. Le programme se concentre sur l'intégration des services offerts aux usagers sur une base individuelle.

Une équipe de soins est assignée à chaque usager. Les équipes de soins comprennent des partenaires clés dans les secteurs des soins primaires, des soins spécialisés, des soins de courte durée, des soins continus complexes, de la réadaptation, des services médicaux d'urgence, des services sociaux, entre autres, et aussi du Centre d'accès aux soins communautaire (CASC) du Centre de la région de Toronto. Chaque équipe est dirigée par un coordonnateur des soins du CASC du Centre de la région de Toronto qui travaille avec le secteur des soins primaires à l'élaboration d'un plan de soins coordonnés fondé sur les priorités de l'utilisateur et des soignants. Le programme est digne de mention parce qu'il utilise les ressources existantes et intègre les nombreux partenaires.

1.19.2 Retombées

- Le programme permet aux usagers de vivre dans leur demeure tout en augmentant leur niveau de satisfaction.
- Les soignants naturels sont considérablement moins stressés.
- Une réduction de 50 % du nombre de lits occupés par un usager ayant besoin d'un autre niveau de soins
- Une réduction de 20 % de la demande de transferts d'usagers hospitalisés vers des établissements de soins de longue durée
- Une augmentation du nombre d'usagers (au-delà du seuil) avec des scores MAPLe élevés et très élevés qui reçoivent des soins dans la communauté.
- Une réduction de la demande de lits en soins de longue durée, de services médicaux d'urgence et de soins de courte durée.
- Le programme, qui en est à sa troisième génération, rejoint beaucoup de personnes, y compris des enfants ayant besoin de soins complexes et des usagers en fin de vie.

1.19.3 Références

- <http://www.accreditation.ca/fr/soins-int%C3%A9gr%C3%A9s-pour-les-populations-complexes>
- http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/transformation/docs/medal/ministers_medal_team_2014.pdf
- http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/transformation/docs/medal/ministers_medal_Integrated_Client_Care.pdf

1.19.4 Contact

jodeme.goldhar@toronto.ccac-ont.ca

Promoteur : Toronto Central Community Care Access Centre - Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre de la région de Toronto

1.19.5 Projets connexes

Le triple objectif de l'IHI : Services de santé Alberta – région d'Edmonton : <http://www.fcass-cfhi.ca/OurImpact/ImpactStories/ImpactStory/2015/03/12/le-triple-objectif-de-l-ihl-services-de-sant%C3%A9-alberta-r%C3%A9gion-d-edmonton>

Le triple objectif de l'IHI : Women's College Hospital : <http://www.fcass-cfhi.ca/OurImpact/ImpactStories/ImpactStory/2015/03/12/le-triple-objectif-de-l-ihl-women-s-college-hospital>

1.20 Participation du patient et de la famille - mettre les patients au cœur de leurs soins de santé

1.20.1 Description

Le projet qui mobilise patients, familles et personnel en vue d'améliorer les soins a été lancé au printemps 2010 par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Par le biais de cette initiative, la fondation appuie des initiatives qui mettent à contribution les patients et les familles dans la conception, la prestation et l'évaluation des services de santé afin d'améliorer la qualité des soins. Ce projet assure le financement, l'encadrement et d'autres soutiens à 22 équipes d'organismes de santé canadiens à travers de projets développés par 17 organismes sur l'ensemble du territoire canadien (la liste de ces projets est fournie plus bas). Ces projets ont permis d'améliorer l'accès aux soins, la sécurité des patients, l'efficacité des services de santé et la qualité dans bien de domaines de la santé.

Le concept de soins de santé centrés sur le patient et la famille est une approche novatrice de planification, de prestation et d'évaluation des soins de santé fondée sur des partenariats mutuellement avantageux pour les patients, les familles et les professionnels de la santé. L'approche de soins de santé centrés sur le patient et la famille s'applique aux patients de tous âges et peut être mise en pratique dans tous les environnements de soins.

Le concept de soins centrés sur la famille se distingue des autres démarches qui s'adressent aux familles par son approche collaborative dans la prestation de soins et dans la prise de décision. Chaque partie respecte les connaissances, les compétences et l'expérience que l'autre apporte aux rencontres de soins. Dans le cadre de cette initiative, la famille et l'équipe soignante travaillent ensemble pour évaluer les besoins et élaborer le plan de traitement pour le patient.

La FCASS collabore avec de nombreux organismes qui mettent les patients et leurs familles à contribution pour améliorer les services de santé. En conséquence, l'organisme dispose de vastes connaissances sur les ressources disponibles pour faire participer les patients, les familles et les soignants à la conception, la prestation et l'évaluation des services de santé. La FCASS a compilé une plateforme de ressources pour faciliter l'accès à des outils de participation du patient qui se sont avérés utiles au Canada et à l'étranger.

1.20.2 Les étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

- Analyse et évaluation approfondies de l'environnement afin d'élaborer un véritable processus de participation, de plaider en faveur d'une affectation adéquate des ressources; d'élaborer des stratégies précises et d'envisager un processus de mise en œuvre.
- Identification des facteurs du système et de la pratique qui peuvent influencer sur la mise en œuvre d'une stratégie.
- Identification des principales parties prenantes à mettre à contribution.
- Planification efficace de la participation des patients aux divers aspects du projet.
- Offre à tous les participants de ressources, de connaissances et de compétences nécessaires afin de renforcer la confiance et la capacité.
- Intégration des initiatives de participation aux structures et processus existants permet d'assurer leur viabilité.
- Offre de formation à un groupe diversifié de patients et de fournisseurs pour qu'ils deviennent des partenaires efficaces dans la restructuration du système de santé.
- Élaborer les mécanismes nécessaires pour soutenir l'expression d'une diversité d'opinions dans un esprit de collaboration.

1.20.3 Points forts

- **Dignité et respect** : Les professionnels de la santé sont à l'écoute des opinions et des choix des patients et de leur famille, et les respectent. Les connaissances, les valeurs, les croyances et les antécédents culturels du patient et de sa famille sont intégrés à la planification et à la prestation des soins.
- **Partage de renseignements** : Les professionnels de la santé informent les patients et leurs familles en leur transmettant des renseignements exhaustifs et impartiaux d'une manière rassurante et utile. Ainsi, les patients et les familles reçoivent en temps opportun les renseignements complets et précis nécessaires pour intervenir efficacement dans les soins et la prise de décision.

- **Participation** : Les patients et les familles sont encouragés à participer à la prise de décision et aux soins dans la mesure souhaitée.
- **Collaboration** : Les patients et les familles sont aussi intégrés plus largement à l'échelle de l'établissement. Ils participent avec les dirigeants de l'hôpital à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des programmes, à la conception des installations de soins de santé, à la formation professionnelle ainsi qu'à la prestation des soins.

1.20.4 Difficultés

- Changement d'attitude et d'approche pour l'ensemble de l'établissement.
- Risque d'éloignement des patients quand il y a des manquements dans la prise en compte des points de vue des patients durant la période d'élaboration des stratégies, d'où l'importance de bien préparer la mise en œuvre des stratégies de participation des patients.
- Identification des principales parties prenantes à mettre à contribution. Cette tâche serait loin d'être aussi évident qu'elle paraît.
- Difficulté d'assurer la durabilité de la participation des patients dans un environnement où les ressources sont étirées au maximum.
- Les pressions financières, les asymétries de pouvoir perçues, les multiples niveaux de connaissances, ainsi que la diversité et la divergence de points de vue peuvent constituer des défis dans la préparation des patients, du personnel et des dirigeants.

1.20.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Personnel soignant, dirigeants de centre de santé, patients, familles et agents de planification.

❖ Autres ressources

- Ressources de formation et de planification en ligne élaborées par la FCASS.

1.20.6 Temps et compétences requis pour l'exécution de programme

- La littérature ne fournit pas d'information sur le temps nécessaire pour la phase de préparation de l'initiative.
- L'intervention n'exige pas une formation hautement spécialisée de la part du personnel ou des groupes, mais une formation sera offerte au personnel ou aux groupes dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention.
- Les compétences spécialisées requises sont facilement accessibles dans le contexte. L'intervention exige la participation de personnel possédant des compétences poussées, mais qui sont facilement accessibles dans le contexte de l'intervention.

1.20.7 Financement

Les 22 projets de participation des patients (PPP) ont été financés par la FCASS et d'autres partenaires. Les organismes ou centres de santé participants ont aussi fourni une contribution de contrepartie à titre de co-commanditaires.

En 2010, la FCASS, le Conseil canadien de la santé et la Fondation Max Bell ont financé conjointement dix projets d'intervention et un projet de recherche connexe qui ont nécessité un investissement de 1 450 000 dollars des trois partenaires et une somme supplémentaire de 1 100 000 dollars, en espèces ou en nature, de la part des équipes retenues.

En 2011, la FCASS a financé sept autres projets d'intervention. En plus d'offrir du soutien et du mentorat, la FCASS a mis à la disposition de ces projets un investissement de 700 000 \$ auquel s'ajoute une somme supplémentaire de 700 000 \$, en espèces ou en nature, de la part des équipes retenues.

D'une façon générale, la FCASS contribue pour un montant de 50 000 \$ par équipe, jusqu'à concurrence de 15 équipes canadiennes, pour couvrir les frais directs reliés à la participation au projet collaboratif. La Fondation fournit aussi son expertise en matière d'amélioration de la qualité par le truchement de son personnel enseignant, de ses formateurs et d'éminents spécialistes pour aider les équipes à améliorer la qualité des soins, à renforcer les résultats de santé et à optimiser l'efficacité, en partenariat avec les patients et leurs familles.

1.20.8 Retombées du programme

Ces résultats ont montré que la collaboration des patients et des familles à la conception des améliorations ouvre de nouvelles perspectives et donne de meilleurs résultats que si les dirigeants et les prestataires de services de santé travaillent en silo. En exploitant le potentiel que représente la participation des patients et des familles aux initiatives d'amélioration de la qualité, la FCASS aide les organismes à comprendre et à créer les conditions gagnantes pour accélérer l'amélioration des services de santé.

Au centre universitaire de santé McGill de Montréal, les résultats montrent aussi une augmentation de 8 % du temps d'intervention directe, amélioration de 20 % de l'évaluation de l'expérience des soins par les patients et réduction de 60 % des erreurs de transcription de médicaments.

On a aussi relevé un soutien au processus qui fournit aux patients et à leur famille les moyens de participer à l'amélioration des services de santé de la Huron Perth Healthcare Alliance. Une initiative clinique a permis de réduire sensiblement le délai de transmission des résultats d'un test sanguin dans une unité de chimiothérapie de 2-3 heures en moyenne où il est passé à 15-20 minutes avec l'avantage immédiat que les patients atteints de cancer peuvent être traités plus rapidement.

En résumé, le programme améliore l'accès, l'équité, la coordination, l'efficacité et la pertinence, le soin, la sécurité, la santé de la population.

1.20.9 Argumentaire

Le soutien de la FCASS auprès de 17 organisations par l'entremise de l'initiative de Projets sur la participation du patient (PPP) (2010 - 2013) a établi la preuve que le travail collaboratif entre gestionnaires, prestataires et patients aboutit à une amélioration des soins, des systèmes et des résultats. Le partenariat efficace entre patients, prestataires et gestionnaires est la solution la plus prometteuse pour relever les défis du vieillissement de la population, de l'explosion des maladies chroniques et des budgets comprimés.

Au niveau de tous les projets d'intervention financés, le phénomène le plus important a été le changement de culture qui s'est produit. Les employés de première ligne sont devenus les champions du changement et prennent des initiatives pour améliorer les indicateurs de qualité. Les patients ne se contentent plus d'être des observateurs; ils deviennent des collaborateurs actifs dans les groupes personnel-patients. En ce qui concerne les familles des patients, ils ont le sentiment que leur contribution est appréciée.

La littérature indique que ce projet collaboratif a le mérite d'améliorer la capacité des organisations à :

- Favoriser l'engagement des cliniciens, du personnel, des familles et des dirigeants pour dynamiser une priorité organisationnelle d'amélioration de la qualité préalablement identifiée.
- Évaluer le degré actuel de préparation à instaurer un partenariat sérieux avec les patients et leurs familles relatif aux initiatives d'amélioration de la qualité.
- Agir stratégiquement sur l'infrastructure, les processus et les comportements qui facilitent l'engagement utile et efficace en vue de l'amélioration.
- Renforcer les compétences et les capacités en matière de mobilisation du patient et de sa famille, de mesure du rendement, d'amélioration de la qualité, de leadership, de gestion du changement et de pérennisation.
- Faire concorder les objectifs et activités d'amélioration de la qualité avec ce qui importe le plus aux patients et à leurs familles.
- Apprécier les avantages de la combinaison des témoignages des patients et des données d'enquêtes afin de comprendre et de mesurer l'expérience des patients.
- Formuler une stratégie de leadership efficace pour stimuler et intégrer la participation du patient et de sa famille à tous les niveaux.
- Resauter et partager des approches, outils, ressources, mesures et enseignements avec d'autres organisations et équipes avant-gardistes qui collaborent avec les patients et leurs familles en vue d'améliorer la qualité.

La Huron Perth Healthcare Alliance a reçu du financement dans le cadre de ce projet. Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) font partir des organismes admissibles au financement. Les RLISS du territoire pourraient en collaboration avec d'autres acteurs étendre la pratique à d'autres établissements de santé.

1.20.10 Contact

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et autres organismes ayant reçu du financement ou mettre en œuvre le programme.

- François Champagne : Institut de recherche en santé publique (IRSPUM) / Unité de santé internationale à l'École de santé publique de l'Université de Montréal;
- Maria Judd, directrice principale, Participation du patient et amélioration de la qualité, FCASS;
- Roger McAdam, coprésident, Patient/Family Advisory Group (groupe consultatif patients/famille), Services de santé Alberta;
- Angela Morin, conseillère en matière d'expérience des patients et des familles, Hôpital général de Kingston;
- Patricia O'Connor, directrice des soins infirmiers et infirmière en chef du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et professeure adjointe à l'École de sciences infirmières Ingram de McGill;
- Kaye Phillips, directrice, Évaluation et amélioration de la performance, FCASS;
- Melanie Rathgeber, fondatrice et consultante principale, MERGE Consulting;
- Jennifer Rees, directrice générale, Participation et expérience des patients, Services de santé Alberta;
- Eleanor Rivoire, vice-présidente et chef de direction des soins infirmiers, Hôpital général de Kingston.

1.20.11 Références

- <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/PatientEngagement.aspx>
- http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/collaborations/PEP_Brief_Readiness_FR.pdf?sfvrsn=0
- http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/collaborations/PEP_Brief_Clarity_FR.pdf?sfvrsn=0

1.20.12 Quelques projets mis en œuvre dans le cadre cette initiative

- Percevoir les services de santé du point de vue des patients (Centre universitaire de santé McGill);
- Une approche novatrice de la participation du patient s'enracine en Alberta (Services de santé Alberta);
- Un projet qui mobilise patients, familles et personnel en vue d'améliorer les soins (Huron Perth Healthcare Alliance);

- Patients, familles et prestataires de soins travaillent ensemble à l'amélioration de la sécurité et de la qualité (Institut de réadaptation de Toronto du Réseau universitaire de santé(RUS));
- Une trousse de ressources novatrices facilite le processus de participation des patients (Services de santé Alberta)
- Les patients et le personnel collaborent à une approche novatrice des services de santé (Centre de toxicomanie et de santé mentale);
- Mise à contribution des survivants du cancer pour améliorer les expériences des patients atteints de cancer (Action Cancer Ontario);
- Une première en recherche sur la participation du patient (Forensic Psychiatric Hospital (FPH) de la Colombie-Britannique);
- Boîte à outils à l'intention des patients, des prestataires de soins et des dirigeants des services de santé visant à faciliter la participation des patients (Services de santé Alberta);
- Simulation, étude et appui de la participation des patients dans un hôpital de psychiatrie légale (BC Forensic Psychiatric Hospital);
- Votre voix compte : la formation des patients pour améliorer leur participation à la conception du système de santé (Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique);
- Mise à contribution des survivants du cancer pour améliorer les expériences des patients atteints de cancer (Action Cancer Ontario);
- Favoriser la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie grâce aux narrations des patients (Centre de toxicomanie et de santé mentale);
- Programme d'appui pluridimensionnel offert aux parents dans le cadre d'un réseau d'aide à la famille (Hôpital de réadaptation Glenrose, Services de santé Alberta);
- Collaboration des patients et des professionnels de la santé à une nouvelle conception des soins en milieu hospitalier – améliorer la sécurité des soins, l'accès aux services et le milieu de travail (Centre universitaire de santé McGill);
- Le point de vue des patients au sujet des interventions précoces en matière de santé mentale (Centre de soins de santé St-Joseph, Université McMaster);
- Les patients sont des partenaires dans l'amélioration des expériences et des résultats de santé au CHSM (Centre hospitalier de St Mary);
- Inciter les patients et leur famille à prendre part à l'élaboration d'indicateurs de sécurité (Toronto Rehabilitation Institute);
- Recherche sur la participation du patient dans les services de santé financés en 2011 (Université de Toronto).

1.21 Projet albertain axé sur la promotion de la vie active et de l'alimentation saine dans les écoles (APPLES)

1.21.1 Description

Le programme s'adresse plus particulièrement aux écoles de quartiers moins nantis. Le programme mobilise tous les intervenants, notamment les parents, le personnel et la collectivité et a pour objectifs d'améliorer les comportements liés à la santé chez les enfants ainsi que d'accroître la capacité des écoles à promouvoir ces comportements, et à long terme, de prévenir l'embonpoint et de réduire le risque de maladie chronique.

Les principales activités du programme sont les suivantes :

- Enrichir le programme sur la santé (p. Ex. Tests de dégustation, clubs de cuisine);
- Favoriser le perfectionnement professionnel;
- Organiser des séances d'information de soir destinées aux parents;
- Accroître le niveau quotidien d'activité physique (p. Ex. Récréation et programmes parascolaires, caisses d'équipement pour l'activité physique quotidienne);
- Mettre en œuvre des campagnes mensuelles sur divers sujets allant de « soyez une étoile du sommeil » à « créez un dîner arc-en-ciel ». Parmi les exemples de campagnes mensuelles, soulignons la distribution de bulletins d'information aux parents, des affiches sur les babillards de l'école et des annonces matinales à l'intention des élèves et du personnel. Les animateurs mobilisent le personnel, les élèves, les parents et les membres de la communauté en vue de plans d'action. Chaque école conçoit des stratégies selon ses besoins.

1.21.2 Retombées

Les élèves participants ont augmenté leur consommation de fruits et de légumes, réduit leur apport calorique, fait plus d'activité physique et réduit les risques d'être obèses. Ces nouveaux comportements ont également pu être observés lorsque des comparaisons ont été faites entre ces élèves et ceux d'ailleurs dans la province. Neuf des dix écoles ont mis en œuvre des politiques sur la nutrition, et toutes ont adopté des politiques sur l'activité physique quotidienne. En date de septembre 2011, 40 écoles avaient adopté le projet APPLE Schools et 17 autres avaient mis en place une version modifiée tout en utilisant les mêmes outils de mesure (ceux du projet Healthy Schools-Healthy Future - écoles en santé, avenir en santé).

1.21.3 Références et ressources supplémentaires

- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/alberta-project-promoting-active-living-healthy-eating-schools-apple-schools/>
- <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/~cbpp/public/wp-content/themes/wet-boew306/print-interventions.php?PID=3026&lang=fr>
- <http://www.appleschools.ca/Resources-to-Support-CSH> (en anglais seulement)

- [Parent and student support for school policies that promote healthy eating and active living](#) (en anglais seulement)
- [APPLE Schools June 2011 Progress Report](#) (en anglais seulement)
- KE Storey et al. (2011) [Implementing Comprehensive School Health: Teachers' Perceptions of the Alberta Project Promoting active Living and healthy Eating in Schools-APPLE School](#) (en anglais seulement) [Comprehensive School Health in Canada](#). CJPH 102(S2) 2010. (en anglais seulement)

1.21.4 Projets connexes

Promotion de la santé dans des écoles de la vallée de l'Annapolis : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/annapolis-valley-health-promoting-schools/>

Be Active Eat Well (BAEW): <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/be-active-eat-baew/>

Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/chaque-jour-moi-jcroque-5-fruits-legumes/>

Le programme CookShop : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/cookshop-program/>

Integrated Nutrition Program (INP) : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/integrated-nutrition-program-inp/>

1.22 Programme de soins à domicile et en milieu communautaire respectueux

1.22.1 Description

Développé en 1999, le programme de soins à domicile et en milieu communautaire est une initiative de Santé Canada dont le but est de travailler en partenariat avec les communautés des Premières nations et des Inuits pour le développement d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire respectueux des méthodes traditionnelles, holistiques et contemporaines en matière de guérison et de bien-être. Le programme ne reproduit pas les services déjà offerts au sein des communautés; mais il assure la coordination et la liaison avec les programmes et les services existants aux niveaux communautaire et provincial de sorte à répondre aux demandes croissantes des soins à domicile des membres des communautés de Premières nations et d'Inuits atteints de maladies chroniques et aigus.

Le programme permet aux personnes âgées inuites et des Premières Nations ainsi qu'aux personnes de tous âges de ces communautés ayant une incapacité ou souffrant d'une maladie chronique ou aiguë de recevoir les soins dont elles ont besoin à la maison et dans leurs communautés. Le programme est principalement financé au moyen d'accords de contribution conclus avec les communautés inuites et des Premières Nations et les gouvernements territoriaux. Il vise à combler les lacunes et offrir aux Premières nations et aux Inuits des services de soins à domicile et communautaires comparables à ceux offerts aux autres canadiens qui vivent dans des régions semblables sur le plan géographique.

Les soins offerts à domicile ou en milieu communautaire comprennent notamment la prestation de soins infirmiers, de soins d'hygiène (donner le bain ou dispenser des soins de podologie), d'un soutien à domicile (préparation des repas) et de soins de relève à domicile (prendre en charge une personne malade pour offrir à la famille un moment de répit). Les soins sont fondés sur une évaluation des besoins et sont fournis dans le domicile ou la collectivité de l'individu, ce qui permet aux Premières nations et aux Inuits d'être autonomes et près de leurs êtres chers.

1.22.2 Étapes de la réalisation / éléments de services essentiels

La mise en œuvre des services du programme visait à assurer un renforcement des capacités, en ce qui concerne les infrastructures liées aux immobilisations, aux ressources humaines et à la gestion. Elle incluait un processus qui exigeait que les communautés entreprennent une évaluation des besoins locaux en matière de soins à domicile en milieu communautaire, élaborent un plan opérationnel et établissent un plan de prestation des services. Les plans des communautés dans le cadre d'un processus régional fondé sur l'évaluation par les pairs ont été élaborés avant l'approbation et à la mise en œuvre. Le programme comprend les éléments de services essentiels qui sont fournis par un personnel formé et agréé dans le domaine des soins de santé à domicile et en milieu communautaire et supervisé par des infirmières autorisées. Le programme assure la coordination avec les programmes et services existants aux niveaux communautaire et/ou provincial ou territorial. Les éléments de services essentiels sont les suivants :

- Un processus structuré d'évaluation des clients (réévaluations continues afin de cerner les besoins du client, le soutien familial et l'affectation des services);
- Un processus des soins dirigé comprenant la gestion de cas, les aiguillages et l'établissement de liens entre les services existants à l'intérieur et à l'extérieur des réserves ou des établissements;
- Des services de soins infirmiers à domicile qui comprennent aussi la supervision et la formation du personnel;
- Des services de soutien à domicile comme les tâches ménagères légères, la lessive et la préparation des repas;
- Des soins personnels qui comprennent de l'aide aux clients en ce qui concerne le bain, l'hygiène personnelle et se vêtir; les soins de relève à la maison;
- L'établissement de liens avec d'autres services professionnels et sociaux comme des hôpitaux et des médecins, mais aussi des soins de relève et des services thérapeutiques;
- L'approvisionnement de matériel médical, de fournitures et de produits pharmaceutiques spéciaux et l'accès à ceux-ci;
- Un système de conservation de registres et de collecte de données afin de mettre en œuvre les activités de surveillance, de planification continue, d'établissement de rapports et d'évaluation du programme.
- Une stratégie d'évaluation du Programme qui consiste en trois études ciblées assorties d'une évaluation globale des résultats et de la rentabilité.

Les collectivités peuvent aussi fournir des éléments de soutien, tant que les éléments de services essentiels sont fournis. Les éléments de soutien peuvent comprendre :

- La facilitation et l'établissement de liens pour les services de réadaptation et de thérapie;
- Des services de relève en établissement;
- Des programmes de jour pour adultes;
- Des programmes de repas;
- Les services de santé mentale communautaires pour les clients psychiatriques de longue durée ou les clients souffrant de maladie mentale ou affective;
- Les services de soutien permettant de maintenir l'autonomie, ce qui peut comprendre des besoins en transport spécial, les emplettes, l'accès à des services spécialisés et à des services d'interprétation;
- Des soins palliatifs à domicile;
- Les services sociaux directement liés aux questions relatives aux soins de longue durée;
- Les activités spécialisées de promotion de la santé, du mieux-être et de la condition physique.

1.22.3 Points forts

- L'amélioration de la prestation de services;
- Le renforcement des capacités;
- La collaboration et la participation des intervenants;
- La collecte de données sur les communautés;
- La recherche et la surveillance;
- L'élaboration de politiques et la mise en commun des connaissances;
- La Communication et l'éducation;
- La progression et le maintien de la qualité.

1.22.4 Difficultés

Certaines communautés, surtout celles qui sont petites et éloignées ont connu des défis de capacité ayant entraîné la perte du financement. En effet, une des prémisses du programme était que des membres de la communauté reçoivent de la formation pour assurer les services au sein de leur propre collectivité. Certaines régions ont éprouvé de la difficulté pour compléter le processus de planification et d'autres l'ont complété avec un grand retard. Elles ont ainsi été privées des fonds de formation.

Le budget alloué au programme n'a pas pu combler les besoins identifiés. De plus, de nombreuses communautés ont eu de la difficulté à recruter et à garder du personnel. Elles ont aussi éprouvé de la difficulté dans l'embauche du personnel de soutien en raison des faibles

taux de salaire, de la nécessité pour les stagiaires de vivre loin de leur communauté pendant de très longues périodes pour suivre leur formation, et, dans certains cas, du nombre restreint de personnes qui possédaient le niveau de scolarité préalable.

L'embauche du personnel infirmier a constitué aussi un défi surtout dans les collectivités éloignées et isolées et dans les communautés du Nord. Un grand nombre de communautés ont aussi eu des problèmes à conserver leur personnel, car elles n'étaient pas en mesure d'offrir la parité salariale avec les services provinciaux d'aide à domicile ou d'autres services.

En résumé, le développement et la mise en œuvre du programme ont connu des défis en lien avec :

- Les courts délais impartis à la planification et à la mise en œuvre;
- Les difficultés inhérentes au système de rapports;
- La formule de financement sans égard aux besoins, qui fait que petites communautés et des communautés isolées ont reçu des fonds insuffisants.

1.22.5 Ressources nécessaires

❖ Ressources humaines

- Le programme est principalement fourni par des infirmières autorisées spécialisées en soins à domicile, des infirmières auxiliaires autorisées, des travailleuses communautaires et des fournisseurs de soins personnels agréés.

❖ Autres ressources

Le programme utilise une trousse de ressources pour l'amélioration de la qualité (TRAQ) qui comporte cinq guides, une trousse de planification et un guide de modèles de normes et de politiques.

La TRAQ offre aux Communautés qui n'ont aucun processus d'amélioration de la qualité (AQ) et de gestion des risques (GR) en place l'aide à reconnaître les problèmes et à dresser un plan de surveillance, d'évaluation et de résolution. Elle leur permet d'apprendre la façon d'utiliser le cycle de Planifier-faire-étudier-agir (PFEA) pour résoudre les questions ou les problèmes liés au programme et aussi d'apprendre la façon d'utiliser les outils et les processus de gestion de risques.

Pour les communautés qui ont des processus d'amélioration de la qualité et de gestion de risques en place, la trousse aide à améliorer les processus d'AQ et de GR déjà en place et à relier les indicateurs d'AQ et de GR aux indicateurs de santé régionaux. Elle aide aussi la communauté en vue de l'obtention et au maintien de l'agrément.

Le programme avait aussi affecté des fonds d'immobilisations pour les deux premières années, afin d'aider les communautés à se munir du matériel, des fournitures et d'une infrastructure de base. Cependant, la littérature ne donne pas assez d'information sur ce volet.

1.22.6 Temps et compétences requis

Les promoteurs du programme avaient prévu une période de démarrage de trois ans. Ils s'attendaient à ce qu'à la fin de la phase 3 et au début de l'exercice 2002-2003, le Programme ait été élaboré et mis en œuvre dans toutes les communautés où le besoin en services avait été déterminé. Les données indiquent que cet objectif n'a pas été atteint en totalité, mais de grands progrès ont été accomplis. En septembre 2003, la majorité des communautés admissibles (96 %) recevait des fonds du Programme; 78 % des communautés admissibles et 88 % de la population admissible avaient accès à une gamme complète de services. Les Territoires du Nord-Ouest, les provinces des Prairies, le Québec et le Nunavut sont les plus avancés dans le processus. L'Ontario, la Colombie-Britannique, la région de l'Atlantique et le Yukon avaient besoin de plus de temps pour parachever la mise en œuvre.

L'intervention n'exige pas une formation hautement spécialisée de la part des personnes, mais une formation est offerte aux communautés dans le cadre de sa mise en œuvre. Une emphase doit être mise sur la formation pour faire en sorte que la prestation de services soit sûre et efficace. Les régions sont censées mettre au point des plans de formation exposant de quelle manière elles envisageaient utiliser les fonds affectés à la formation pour aider les communautés à répondre aux besoins en personnel qualifié ou accrédité. L'intervention exige aussi la participation d'une équipe interdisciplinaire qui doit être facilement accessible dans le contexte de l'intervention.

1.22.7 Financement

Les dépenses moyennes du programme pendant la période visée par une évaluation de quatre ans (2008-2012) s'élevaient à environ 110 millions de dollars par année. Le programme est mis en œuvre dans 657 communautés inuites et des Premières Nations, principalement par des infirmières autorisées spécialisées en soins à domicile, des infirmières auxiliaires autorisées et des fournisseurs de soins personnels agréés.

Le PSDMCPNI possède un budget global de 107 millions de dollars (à l'exclusion des autres sources de financement) et offre des services dans toutes les parties du Canada (c.-à-d., dans 98 % des collectivités des Premières nations et dans 100 % des collectivités inuites).

Au lancement, 90 millions de dollars par exercice financier furent alloués au programme. Le financement a augmenté avec le temps pour comprendre des affectations supplémentaires aux ressources salariales en soins infirmiers et les augmentations opérationnelles. Durant l'année 2010-2011, le programme a reçu 107,1 millions de dollars. Il reçoit aussi, à l'occasion, du financement d'autres sources pour exécuter ses travaux en cours. Toutes les sources ne sont pas mentionnées dans la littérature, mais nous avons pu identifier quelques-unes :

- Entre 2009 et 2011, le programme a reçu approximativement 612 000 \$ de la Stratégie d'innovation en soins infirmiers qui était limitée dans le temps afin de pouvoir s'engager dans des activités visant à améliorer la collaboration et pour améliorer les connaissances et les compétences sur le soin des plaies des infirmières et infirmiers du programme.
- En 2010-2011, le programme a bénéficié d'un appui d'un peu plus de 4,4 millions de dollars de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones pour offrir de la formation en soins infirmiers.

1.22.8 Retombées

Le programme présente de nombreux avantages, notamment :

- Le renforcement de l'autonomie, de la prise en main et de la responsabilisation;
- L'assurance que les besoins réels de la communauté pourront être mieux comblés grâce à la participation des membres à la définition de ces besoins;
- L'assurance que les services seront mieux adaptés à la culture;
- Un renforcement de la légitimité du recours au Programme chez les membres de la communauté;
- un appui plus ferme de la part des dirigeants politiques.
- La connaissance de la langue et de la culture;
- La capacité de comprendre les besoins d'ordre culturel et d'y répondre;
- Une plus grande confiance de la part des bénéficiaires;
- Le renforcement de la crédibilité du Programme;
- Les retombées économiques de la création d'emplois dans la collectivité;
- Une diminution des coûts;
- Un plus fort sentiment d'autosuffisance et d'indépendance au sein des communautés.

1.22.9 Contact

Kaniatarak'ta Riverside Elder's Home
518 Ste-Philomene Kanesatake, (QC) J0N 1E0
Tél. : 450 479-1115
Télé. : 450 479-1711

Centre Jeunesse des Laurentides à Kanesatake
118 Notre Dame Kanesatake, (QC) J0N 1E0
Tél. : 450 479-8309
Télé. : 450 479-6497

1.22.10 Références

- <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/home-domicile/index-fra.php>
- <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/qualit-kit-trousse/index-fra.php>
- http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/index-fra.php#home-domicile_handbook-guide
- http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H34-172-1-2007F.pdf
- http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/fnihcc-psdmcpni/index-fra.php#sum_som

- <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H34-114-1-2004-1F.pdf>

1.22.11 Projets connexes

La recherche n'a pas pu identifier de projets connexes.

1.23 Cartographie des réseaux

1.23.1 Description

Basée sur le modèle « Créer des liens communautaires » (Connecting the dots) de Nexus (2008), la cartographie permet aux organisations qui en font l'usage de mieux voir leurs liens et collaborations établies dans la communauté de pratique. L'objectif est de développer, étendre et bonifier le réseau de professionnels, d'établissements et de relations stratégiques contribuant à une meilleure offre de services de la région desservie.

Un projet de cartographie s'établit sur plusieurs mois et s'apparente à un inventaire des ressources et liens qu'entretient et dont dispose un organisme. Il devient particulièrement utile et pertinent en milieu minoritaire.

1.23.2 Retombées

Une meilleure compréhension des besoins en matière de prévention et d'intervention dans les milieux, ainsi que celui de rechercher des alliances afin de modifier les structures sociales d'une communauté à plus long terme. En d'autres mots, la cartographie permet d'examiner des solutions pour des manquements repérés ou identifiés sur la carte des relations avec le milieu. Une fois que les forces et les faiblesses à l'intérieur du réseau sont ressorties, l'organisme peut se lancer dans l'exercice suivant afin de renforcer ses liens, services ou collaborations dans le milieu :

- Où sont les fournisseurs qui œuvrent en français, versus où en a-t-on besoin?
- Dispose-t-on des bons contacts? Manque-t-il des liens clés?
- Quels liens, fournisseurs ou organismes peuvent servir de tremplin pour étendre l'offre de services?
- Quelles personnes ou organisations jouent un rôle prépondérant dans la communauté?
- Lesquelles n'y sont pas, mais devraient y être?
- Qui possède une expertise du processus, de la planification et des pratiques?
- Qui sont les mentors consultés par les membres?
- Qui a tendance à innover? Les idées sont-elles partagées et mises en pratique?
- Etc.

1.23.3 Contact

Nexus santé, 180, rue Dundas Ouest, bureau 301
Toronto (Ontario) M5G 1Z8
Tél. : 416 408-2249

1.23.4 Références

- http://fr.nexussante.ca/sujets_et_ouils/engagement_communautaire/cartographie_et_developpement
- Modèle d'engagement communautaire pour une meilleure prévention des maladies chroniques (Nexus, 2008), en ligne au http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/ctd_handbook_francais.pdf
- Penelope Hawe et Laura Ghali. « Use of social network analysis to map the social relationships of staff and teachers at school », *Health Education Research*, vol. 23, n° 1, 2008, p. 62-69. doi:10.1093/her/cyl162.

1.23.5 Projets connexes

How Social networks predict epidemics (video)

http://www.ted.com/talks/nicholas_christakis_how_social_networks_predict_epidemics

1.24 Virtual Web Community

1.24.1 Description

Il s'agit du développement d'une communauté en ligne pour y déceler et prévenir les risques et comportements d'usage de drogues et ceux envers la contraction du sida. Le projet, en 2009, était d'une durée de trois ans et était financé par le US Department of Health and Human Services- Office of Minority Health. L'organisme sans but lucratif California Prevention & Education Project (CAL-PEP) basé à Oakland et voué à la prévention par l'éducation a donc reçu près de 248 000\$ pour le projet visant San Francisco.

Le site www.Hypechat.org a été créé, avec les liens Facebook, Twitter, une ligne de messagerie texte et un blogue, afin de permettre et d'initier des échanges avec les communautés ciblées, soit les gens affectés par le sida, ceux à risque et ceux culturellement isolés ou en situation minoritaire. L'objectif est à la fois préventif et promotionnel en plus de prévoir des interventions au moment opportun.

1.24.2 Retombées du projet

Le site a reçu 46 088 visites uniques au cours des trois années du projet. Plus de 2 248 jeunes ont pu être testés pour le sida dans plus de 112 sites alternatifs. 1 023 autres jeunes ont eu accès à du dépistage par le biais d'ateliers. Les 15 individus testés positifs ont été référés à des intervenants et fournisseurs de santé primaires. Le projet a également permis de réduire les risques de la maladie et de comportements liés à ces risques chez 62% des 920 répondants au

sondage suite à leur consultation du site. L'usage des médias sociaux dans ce cas fut une méthode hautement efficace.

1.24.3 Contact

Gloria Lockett, directrice
2811 Adeline Oakland, CA 94608
Tél. : 510 874-7850
<http://www.calpep.org/>

1.24.4 Référence

- <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/content.aspx?lvl=3&lvlID=23&ID=9689>

1.24.5 Projets connexes

- <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlID=23>

1.25 Love Chat

1.25.1 Description

Ce projet connexe touche à la fois la santé primaire et celle des maladies chroniques. Il s'agit de la prévention par la technologie des maladies infectieuses, les grossesses ou autre risques chez les jeunes filles et les jeunes femmes plus spécifiquement. La technologie fut donc pertinente dans le développement du projet mené par l'organisme Alternative for girls qui œuvre à Détroit auprès des populations en situation défavorisée ou en situation minoritaire et dont la plateforme est Love Chat.

Le projet portait spécifiquement sur les femmes et les jeunes femmes afro-américaines. Il fut mis en place avec la collaboration de partenaires de cliniques et de centres de santé locaux, du milieu de la santé en général et de l'éducation, notamment. Établi sur trois ans avec un financement de 250 000\$, le projet avait une cible d'amélioration de 70% des comportements à risques chez les participantes.

1.25.2 Retombées du projet

118 femmes et jeunes femmes ont pu être testées pendant le projet, permettant d'indiquer qu'aucune d'entre elles n'avait d'infections ni de grossesse. 85 % des participantes aux 530 ateliers offerts pendant le projet ont indiqué avoir accru leur connaissance sur les risques les entourant sexuellement. De plus, 80 % des éducateurs ayant pris part au projet ont mentionné avoir perçu un changement de comportement chez les participantes.

1.25.3 Contact

Deena L. Policichio, directeur du projet
<http://www.alternativesforgirls.org/>

1.25.4 Référence

- <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/content.aspx?lvl=3&lvlID=23&ID=9720>



Supported by:
Avec l'appui de :

