



Portail de l'innovation en santé : Archive des pratiques novatrices

Thème : Gestion des maladies chroniques

Janvier 2014



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

TERMES DE RECHERCHE:	N/A	LOCATION:	Tout
THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	30 résultats sur 51

1. Eastern Health Chronic Disease Prevention and Management Emergency Department Pilot Project

Implementation Year: Vendredi, décembre 9, 2011 - 14:45	Location: Terre-Neuve-et-Labrador	Practice Website:
---	---	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice decreases emergency department (ED) visits and increases patient satisfaction among frequent ED users with chronic health conditions. The practice was launched in St. John's, Newfoundland and Labrador, with a half-time primary health care nurse. In February 2013, a full-time community health nurse was added to provide case management services.

CONTACT INFORMATION:

Alice Kennedy VP – Eastern Health Room 125, VP1, Veterans Pavilion 100 Forest Road St. John's, NL A1A 1E5 Telephone: 709-777-7200 Email: alice.kennedy@easternhealth.ca

2. Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Program (ACPAC) ou le programme destiné aux cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2005 - 09:30	Location: Ontario	Practice Website: http://chronicdiseases.ca/arthritis/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à améliorer les compétences des cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite. Lancé en 2005 à l'Hôpital St. Michael, en collaboration avec The Hospital for Sick Children à Toronto, le programme interprofessionnel compte maintenant plus de 37 diplômés qui travaillent dans des milieux cliniques variés aux quatre coins de l'Ontario.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Katie Lundon, B.Sc. (physio.), M.Sc., Ph.D. ou Dre Rachel Shupak, M.D., FRCP(C) Titre : Directrice générale du programme Organisme : Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care, Hôpital St. Michael Courriel : k.lundon@cogeco.ca Dernière me à jour : Le 1er août 2013

3. Modèle de pratique en collaboration

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2010 - 09:45	Location: Saskatchewan	Practice Website:
--	-------------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à rehausser la qualité de vie ainsi que la prestation des soins de santé pour les membres des Premières nations qui souffrent d'une maladie chronique en établissant de meilleurs liens entre les services provinciaux et les services offerts au sein des réserves, ainsi qu'en améliorant la prestation des services dans les réserves. Lancée en 2010, cette pratique proposait une collaboration entre Santé Canada (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits), la Fondation canadienne du rein (Division de la Saskatchewan), la Regina Qu'Appelle Health Region (programme pour les maladies du rein chroniques) et les trois communautés des Premières nations, c'est-à-dire la Première nation de Cowesses, la Première nation de Gordon et la Première nation de Muskowekwan.



CONTACT INFORMATION:

Nom : Sandy Hassler **Titre :** Coordinatrice de la pratique en collaboration (à la retraite) **Organisme :** s.o. **Courriel :** s.hassler@sasktel.net **Téléphone :** 306 736-9099 **Dernière mise à jour :** Le 10 octobre 2013

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

Implementation Year: Samedi, novembre 26, 2011 - 09:45	Location: Québec	Practice Website: http://interestsante.ca/participation-au-4e-rendez-vous-de-la-gestion-des-maladies-chroniques.php
---	-------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice améliore l'efficacité de la gestion des maladies chroniques dans les régions rurales éloignées. Créée en 2011 et financée pendant une période de deux ans, cette pratique faisait appel à une équipe interprofessionnelle composée d'infirmières, de diététistes et de kinésologues qui travaillaient en collaboration avec des médecins.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Tim Sutton **Titre :** Kinésologue **Organisation :** Centre de santé et des services sociaux du Rocher-Percé **Courriel :** tim.sutton.pabok@SSSS.gouv.qc.ca **Téléphone :** 418-680-3307 **Dernière mise à jour :** Le 25 septembre 2013

5. Heart Healthy Kids (H2K)

Implementation Year: Samedi, octobre 7, 2006 - 13:15	Location: Nouvelle-Écosse	Practice Website: http://maritimeheartcenter.ca/h2k-program
---	----------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde l'incidence de la sédentarité et de l'inactivité physique sur la santé des enfants et des jeunes. Cette pratique a été lancée en Nouvelle-Écosse sous la forme d'un programme scolaire en 2006. Elle mettait à contribution un employé rémunéré, plusieurs superviseurs adultes bénévoles ainsi que des élèves qui agissaient comme des mentors.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Becky Spencer **Titre :** Gestionnaire de programmes **Organisme :** Maritime Heart Centre **Courriel :** becky@maritimeheartcenter.ca **Téléphone :** 902-446-3669

6. Visites médicales en groupe : une initiative pour améliorer l'accès, l'efficacité et les résultats des soins de santé prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique

Implementation Year: Mardi, octobre 7, 2008 - 13:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	---------------------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'accroître l'efficacité des établissements de médecine familiale et d'améliorer les résultats en matière de santé ainsi que l'expérience des patients qui sont traités pour des maladies chroniques. L'initiative a été lancée dans des établissements de médecine familiale aux quatre coins de la Colombie-Britannique et chaque séance met normalement en jeu des médecins de famille, des professionnels paramédicaux ainsi que des assistants de cabinet de médecin.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Liza Kallstrom **Titre :** Responsable, contenu et mise en œuvre, programme de soutien à la pratique **Organisme :** BC Medical Association **Courriel :** lkallstrom@bcma.bc.ca **Téléphone :** 604-638-2854

7. VivoSpace

Implementation Year: Lundi, novembre 1, 2010 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.magic.ubc.ca/pmwiki.php?n=Projects.E-HealthCare
---	---------------------------------------	--



SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice a recours au marketing dans les médias sociaux en guise de plateforme pour la gestion des maladies chroniques. Lancée en Colombie-Britannique, à l'Université de la Colombie-Britannique, la pratique faisait appel à deux étudiants diplômés, à un concepteur Web, à deux chercheurs principaux et à plus de 100 utilisateurs pilotes pour le prototypage.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Noreen Kamal **Titre :** Étudiante au doctorat et responsable de la qualité **Organisme :** Le BC Patient Safety & Quality Counsel et l'Université de la Colombie-Britannique **Courriel :** noreenk@ece.ubc.ca, nkamal@bcpsqc.ca **Téléphone :** S.O. **Dernière mise à jour :** Le 8 juillet 2013

8. Bounce Back: Reclaim Your Health (Remettez-vous très vite : Reprenez votre santé en main)

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2008 - 00:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: www.bouncebackbc.ca
--	--	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de la dépression légère à modérée chez les patients qui bénéficient de soins primaires sous la forme d'outils d'auto-assistance et d'un encadrement en santé par téléphone. L'initiative a été lancée en Colombie-Britannique en 2008.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Titre : **Organisme:** Association canadienne pour la santé mentale, Division de la Colombie-Britannique **Courriel :** bounceback@cmha.bc.ca **Téléphone :** 604-688-3234 **Dernière mise à jour :** Le 4 juillet 2013

9. Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne

Implementation Year: Mercredi, mars 2, 2011 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website: http://www.sherbourne.on.ca/programs/infirmery.html
---	--------------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de l'hébergement des personnes qui sont sans abri ou mal logées et qui ont souffert d'un problème médical aigu d'une maladie ou d'une blessure aiguë. Lancée en Ontario dans un milieu clinique de Toronto, la pratique met à contribution une équipe coordonnée du centre d'accès aux soins communautaires, des oncologues ainsi que le personnel du centre de santé Sherbourne.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dre Laura Pripstein **Titre :** Directrice médicale **Organisme :** Sherbourne Health Centre **Téléphone :** 416-324-5064 **Dernière mise à jour :** Le 14 juin 2013

10. Le fournisseur de soins primaires en santé musculo-squelettique

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 00:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.chiropractic.on.ca/HealthPolicy/inter-professional-collaboration/research-and-projects.aspx
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice se penche sur le problème des temps d'attente pour les aiguillages vers les chirurgiens orthopédistes et les neurochirurgiens en introduisant une évaluation par un chiropraticien dans le processus.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Andrea Prashad **Titre :** Gestionnaire des politiques de santé **Organisme :** Ontario Chiropractic Association **Courriel :** aprashad@chiropractic.on.ca **Téléphone :** 416-860-7188 **Dernière mise à jour :** Le 9 avril 2013

11. Des soins intégrés pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante

Implementation Year: Mercredi, février 9, 2011 - 02:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	--	--------------------------



SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à donner aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave et persistante un accès à des équipes de soins intégrés.

CONTACT INFORMATION:

Nom : John Braun **Titre :** Directeur de la gestion de cas, Services institutionnels et de réadaptation **Organisme :** Vancouver Island Health Authority
Courriel : john.braun@viha.ca **Téléphone :** 250-370-8562 **Dernière mise à jour :** Le 10 avril 2013

12. Strong and Steady Falls Prevention Program (des personnes âgées fortes et stables – programme de prévention des chutes)

Implementation Year: Mercredi, février 11, 2009 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice vise à faire la prévention des chutes en offrant aux aînés des activités progressives, adaptées individuellement et appropriées à leur milieu afin d'améliorer l'équilibre et la force physique.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Anne McKye **Titre :** Ergothérapeute, Services de santé aux aînés **Organisme :** Trillium Health Partners **Courriel :** anne.mckye@trilliumhealthpartners.ca **Numéro de téléphone :** 905-848-7580, poste 2520 **Dernière mise à jour :** 16 avril 2013

13. Readmission Reduction Program through Payment Systems (programme de réduction des réadmissions à l'aide de systèmes de paiements aux États-Unis)

Implementation Year: Vendredi, février 10, 2012 - 00:00	Location: International	Practice Website: http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html
---	--------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à diminuer les taux de réadmission dans les hôpitaux en changeant le système de paiements préétablis pour les malades hospitalisés.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jonathan Blum **Titre :** Administrateur associé et directeur **Organisme :** Center for Medicare **Courriel :** Jonathan.Blum@cms.hhs.gov **Téléphone :** 202-690-6301 DC | 410-786-4164 Baltimore

14. Équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire (Community Stroke Rehabilitation Team)

Implementation Year: Mercredi, février 4, 2009 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: http://www.sjhc.london.on.ca/stroke-rehabilitation-programs/community-stroke-rehabilitation-team
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette initiative novatrice vise à faciliter le rétablissement fonctionnel et la réintégration des patients dans la collectivité après un accident vasculaire cérébral à l'aide de services de réadaptation. La pratique a été lancée par le réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS du Sud-Ouest), en Ontario, le 1er avril 2009, avec trois équipes de collaboration composées chacune de huit membres.

CONTACT INFORMATION:

Nom : David Ure **Titre :** Coordonnateur, Community Stroke Rehabilitation Team **Organisme :** St. Joseph's Health Care, London **Courriel :** david.ure@sjhc.london.on.ca **Téléphone :** 519-685-4292, poste 42615

15. Cliniques de soins primaires pour les troubles de la mémoire : Un modèle innovateur et intégré de soins



afin d'améliorer la capacité et la qualité des soins de santé aux aînés en médecine familiale

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2006 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977435
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Linda Lee
Organisme : Équipe de santé familiale du Centre de médecine familiale
Courriel : joelinda5@rogers.com
Numéro de téléphone : 519-783-0023

16. Self-Advocacy For Everyone (SAFE) Toolkit (trousse d'autonomie pour tous)

Implementation Year: Mardi, février 8, 2011 - 00:30	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.safetoask.ca/safetoolkit/index.html
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dawn White
Titre : Conseillère
Organisme : Manitoba Institute for Patient Safety
Courriel : dwhite@mbips.ca
Téléphone : 204-927-6471

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

Implementation Year: Mardi, février 5, 2008 - 00:30	Location: Manitoba	Practice Website:
--	---------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

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

18. Le groupe de travail national sur les modèles de soins musculosquelettiques et la feuille de travail maîtresse de l'Alliance de l'arthrite du Canada

Implementation Year: Mardi, février 1, 2011 - 00:30	Location: National	Practice Website: http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Cyril B. Frank
Titre : Responsable, groupe de travail sur les modèles de soins
Organisme : L'Alliance de l'arthrite du Canada
Courriel : cfrank@ucalgary.ca
Téléphone : 403-220-6881

19. OsteoArthritis Service Integration System (OASIS) (système d'intégration des services de lutte contre l'arthrose)

Implementation Year: Jeudi, février 9, 2006 - 00:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://oasis.vch.ca/
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:



CONTACT INFORMATION:

Nom : Cindy Roberts **Titre :** Directrice des soins primaires pour les programmes musculosquelettiques et les projets spéciaux, directrice du programme OASIS **Organisme :** Vancouver Coastal Health **Courriel :** cindy.roberts@vch.ca **Téléphone :** 604-875-5228

20. Alternative Relationship Plan–Rheumatology Project

Implementation Year: Samedi, février 4, 2006 - 00:45	Location: Alberta	Practice Website: http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Terri Lupton **Titre :** Infirmière autorisée **Organisme :** Alberta Health Services **Courriel :** theresa.lupton@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 403-944-4426

21. Initiative Réseau de services médicaux intégrés (RSMI)

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2006 - 00:45	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html
---	---------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Organisme : Santé Manitoba, Initiative Réseau des services médecins intégrés **Courriel :** pinsupport@gov.mb.ca **Téléphone :** 204-788-6423

22. Stratégie de soins partagés pour les patients atteints de maladie chronique, Providence Health Care

Implementation Year: Jeudi, février 4, 2010 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Margot Wilson **Titre :** Directrice, Stratégie de gestion des maladies chroniques **Organisme :** Providence Health Care (stratégie de soins partagés) **Courriel :** mwilson@providencehealth.bc.ca **Téléphone :** 604-682-2344, poste 66522

23. Practice Support Program (programme de soutien à la pratique)

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.gpsc.bc.ca/psp/practice-support-program
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Liza Kallstrom **Titre :** Responsable du contenu et de la mise en œuvre, Practice Support Program **Organisme :** Association médicale de la Colombie-Britannique **Courriel :** lkallstrom@bcma.bc.ca **Téléphone :** 604-638-2854

24. Spine Pathway Project (projet de cheminement clinique – colonne vertébrale)

Implementation Year: Mardi, février 3, 2009 - 00:45	Location: Saskatchewan	Practice Website: http://www.health.gov.sk.ca/back-pain
--	-------------------------------	--



SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Brad Waddell Titre : Gestionnaire de projet, Recherche et développement du cheminement clinique Organisme : Ministère de la Santé, Direction des soins actifs et des services d'urgence Courriel : brad.waddell@health.gov.sk.ca Téléphone : 306-787-2424

25. Programme intégré de soins aux clients (PISC) pour les aînés aux besoins complexes

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 01:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.ccac-ont.ca/Upload/on/General/ICCP_Older_Adults_with_Complex_Needs.pdf
---	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jodeme Goldhar Titre : Chef, intégration au système de santé pour les populations complexes et les soins primaires Organisme : Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto Courriel : jodeme.goldhar@toronto.ccac-ont.ca

26. Red Deer Primary Care Network – Programme de gestion des maladies chroniques

Implementation Year: Mardi, février 3, 2009 - 00:30	Location: Alberta	Practice Website: http://www.reddeerpcn.com/OurPrograms/OurPrograms/Default.aspx
---	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lorna Milkovich Titre : Directrice générale Organisme : Réseau de soins de santé primaires Red Deer (Red Deer Primary Care Network) Courriel : Lorna.Milkovich@rdpcn.com

27. Youth Transitions to Adult Care in BC

Implementation Year: Mercredi, février 1, 2012 - 00:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: https://www.bcma.org/youth-transitions-initiative
--	--------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jonathan Agnew Organisme : British Columbia Medical Association Courriel : jagnew@bcma.bc.ca

28. Des services externes et un programme de jour novateurs en matière de gestion du comportement pour les personnes présentant des lésions cérébrales acquises et des troubles du comportement

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2000 - 01:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.westpark.org/Services/ABICommunityOutreachService.aspx
---	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gary Gerber Titre : Directeur clinique, Services comportementaux pour les lésions cérébrales acquises Organisme : West Park Health Care Centre Courriel : gary.gerber@westpark.org Téléphone : 416-243-3600, poste 2615



29. Conseil de la santé de Cudworth

Implementation Year: Mercredi, février 2, 2011 - 01:00	Location: Saskatchewan	Practice Website: http://www.townofcudworth.com/Community%20Newsletter%20may%202012%20(2).pdf
--	-------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Pat Stuart Titre : Gestionnaire, Services de santé primaire Organisme : Région sanitaire de Saskatoon Courriel : pat.stuart@saskatoonhealthregion.ca Téléphone : 306-655-5364

30. Clinique de mobilité du Centre de médecine familiale

Implementation Year: Lundi, février 1, 2010 - 00:00	Location: Ontario	Practice Website: http://family-medicine.ca/events-and-clinics/clinics/mobility-clinic/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr James Milligan Organisme : Équipe de santé familiale du Centre de médecine familiale Courriel : james.milligan@medportal.ca Téléphone : 519-783-0022



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Eastern Health Chronic Disease Prevention and Management Emergency Department Pilot Project

LOCATION:	Terre-Neuve-et-Labrador	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice decreases emergency department (ED) visits and increases patient satisfaction among frequent ED users with chronic health conditions. The practice was launched in St. John's, Newfoundland and Labrador, with a half-time primary health care nurse. In February 2013, a full-time community health nurse was added to provide case management services.

Practice Description:

In keeping with its chronic disease prevention and management strategy, Eastern Health mounted a pilot project to assess whether the implementation of intensive chronic disease case management by a primary health care nurse decreases ED visits and improves patient satisfaction for patients 50 years or older who have presented to the ED five or more times in a 12-month period with a CTAS score of 3, 4, or 5. The nurse reviews the client's demographic and medical information to confirm the presence of at least one chronic disease and contacts the client to explain the program. On consent, an intensive case management plan is implemented. The plan includes:

- in-home nursing assessment;
- education related to the patient's chronic disease(s), self-management skills, and medication management (including medication reconciliation);
- development of an alternate plan of care other than an ER visit for non-urgent/non-emergent issues;
- falls prevention;
- referral to or consultation with other health care providers or programs; and
- follow-up by the nurse by phone and/or home visits.

Impact:

As of August 2013, 32 patients had participated in the program. The Eastern Health Research Department conducted an initial evaluation of this initiative in November 2012. That evaluation found a 14 % decrease in the number of ER visits, as well as high levels of patient satisfaction with the program (Gallant 2013). In August of 2013, the Eastern Health Research Department completed a second evaluation, which included 28 of 32 enrolled patients. The evaluation indicated a 27% decrease in the number of ER visits during the intervention year, an average reduction of 2.4 visits per patient per year. The reduction appeared to be largely in visits coded as CTAS 5.

While an assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time, the Eastern Health Research Department has recommended an evaluation to determine the effects of the Emergency Room Pilot Project on ER visit frequency, chronic disease self-management, cost benefit/effectiveness, and post-intervention ER visits, and to determine the recruitment rate which will improve program efficiency.

Applicability/Transferability:

The practice informant did not identify other specific practices that the Eastern Health Chronic Disease Prevention and Management Emergency Department Pilot Project had been adapted from and was unaware whether it had been used as a



model elsewhere. Lessons learned from this specific practice suggest that success is dependent on extracting information in a timely manner on patients visiting the ER, a timely consent management process, building strong relationships with the acute care sector, and engaging ER clinicians in the initiative.

Contact Information:

Alice Kennedy

VP – Eastern Health

Room 125, VP1, Veterans Pavilion

100 Forest Road

St. John's, NL

A1A 1E5

Telephone: 709-777-7200

Email: alice.kennedy@easternhealth.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Eastern Health. (2012). *Chronic disease prevention and management strategy*. Retrieved from <http://www.easternhealth.ca/WebInWeb.aspx?d=3&id=1487&p=981>

Gallant, D. (April 2013). *Primary health care chronic disease prevention & management emergency room (ER) pilot project summary*. St. John's, NL: Eastern Health.



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Program (ACPAC) ou le programme destiné aux cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à améliorer les compétences des cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite. Lancé en 2005 à l'Hôpital St. Michael, en collaboration avec The Hospital for Sick Children à Toronto, le programme interprofessionnel compte maintenant plus de 37 diplômés qui travaillent dans des milieux cliniques variés aux quatre coins de l'Ontario.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme ACPAC a été conçu dans le but de s'attaquer aux problèmes liés à l'accessibilité des services offerts par des spécialistes du traitement de l'arthrite pour les personnes qui vivent avec la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose et de se réorienter vers une approche interprofessionnelle de la prestation des soins qui met davantage l'accent sur le patient. Le programme ACPAC vise à offrir une formation avancée complète en rhumatologie et en orthopédie en optimisant la portée des ressources humaines en santé existantes. Ce programme de formation théorique et clinique destiné aux titulaires d'un permis d'exercice s'adresse aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes et au personnel infirmier de niveau avancé qui désirent perfectionner leurs connaissances et leurs pratiques pour le traitement des troubles musculosquelettiques et de l'arthrite. Le programme d'études normalisé, qui est donné par plus de 90 enseignants de plusieurs disciplines en Ontario, respecte des normes de formation et d'évaluation rigoureuses. Les personnes qui suivent le programme reçoivent un certificat du département de l'éducation permanente et du perfectionnement professionnel de la faculté de médecine de l'Université de Toronto. Les diplômés de ce programme sont appelés à faire un triage efficace, à fouiller les antécédents des patients de manière exhaustive et à soumettre ces derniers à un examen physique, à interpréter les résultats des tests de laboratoire et de l'imagerie diagnostique, à procéder à un dépistage précoce ou à entreprendre une surveillance et un suivi du traitement, à évaluer les médicaments et les complications et à éduquer les patients dans le contexte des troubles musculosquelettiques afin d'améliorer l'efficacité globale des soins.

Jusqu'à présent, le financement du programme ACPAC a été assuré principalement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et, en partie, par les droits de scolarité individuels. Le programme est approuvé par l'Alliance de l'arthrite du Canada ainsi que par la Société canadienne de rhumatologie. La Société de l'arthrite, les acteurs de l'industrie et le milieu universitaire (éducation permanente et perfectionnement professionnel de la faculté de médecine de l'Université de Toronto) figurent parmi les autres intervenants clés.

RÉPERCUSSIONS :

Les évaluations d'impact ont ciblé les fournisseurs de soins de santé qui participent au programme. Ces évaluations comportent des sondages qui recueillent de façon continue les impressions des étudiants inscrits au programme ACPAC à la ligne de départ, au milieu du parcours, puis à des intervalles de six et de 12 mois après l'obtention de leur diplôme. Des mesures des résultats, qui ont été créées avant la mise sur pied du programme, ont contribué à éclairer la conception du programme pour les années ultérieures. Les points particulièrement intéressants de ces évaluations sont notamment la détermination des modifications à apporter aux compétences nécessaires pour assumer les rôles, l'élaboration de normes pour les pratiques exemplaires et le repérage des obstacles et des outils habilitants pour les diplômés récents qui doivent s'acquitter de leur nouveau rôle dans des milieux cliniques diversifiés.

Selon les sondages réalisés et publiés en 2011, tous les diplômés étaient satisfaits du programme et l'ont trouvé très utile pour leurs pratiques cliniques. Les évaluations à l'échelle du système ont révélé des améliorations de l'accès, surtout dans les



régions rurales et éloignées, de l'incidence perçue des résultats pour les patients et des possibilités pour mieux faire connaître et élargir les rôles. Une évaluation exhaustive des services de santé menée auprès des diplômés du programme ACPAC peut être consultée dans le rapport sur les résultats du programme ACPAC à l'échelle du système (<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/programs/acpac-executive-summary.pdf>), qui a été présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en janvier 2012.

Le programme ACPAC a récolté plusieurs distinctions, y compris le prix d'excellence Colin Woolf pour l'élaboration de cours décerné par le département de l'éducation permanente et du perfectionnement professionnel en 2007, le prix d'excellence Ted Freeman pour la conception et la prestation d'une formation théorique sur les soins de santé destinée aux titulaires de permis d'exercice de l'Ontario attribué en 2008 et le prix d'innovation en ressources humaines remis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 2009.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

S'appuyant sur les retombées positives signalées depuis la mise sur pied du programme ACPAC, on cherche actuellement à obtenir un autre engagement d'aide financière échelonné sur cinq ans auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi qu'un appui non financier auprès des intervenants déterminés. Pendant cette période de transition, la Société de l'arthrite a financé généreusement le programme pour 2013-2014. L'accent sera accordé à l'élaboration d'un cadre national pour une formation normalisée sur le traitement de l'arthrite destinée aux titulaires d'un permis d'exercice, dont l'Université de Toronto demeurera le site central, et à l'expansion possible des affiliations avec d'autres établissements universitaires afin de créer des constituantes dans l'ouest et l'est du Canada. Au fur et à mesure que ce programme continuera d'évoluer, les points à aborder seront notamment les obstacles liés à la réglementation des établissements et des professions, l'accès et l'efficacité des soins ainsi que les indicateurs de coûts. En ce qui concerne les facilitateurs, les directives médicales et le soutien administratif auraient aidé à surmonter les problèmes d'ordre juridique afin que le fournisseur de soins le plus adéquat puisse fournir les services nécessaires, ce qui a pour effet de diminuer la dépendance directe envers les médecins et d'accroître l'efficacité globale du système. Les directeurs des programmes soulignent l'importance de l'effet de retombée sur les diplômés du programme ACPAC, dont la présence pourrait changer la prestation du traitement de l'arthrite dans leur lieu d'exercice respectif au sein des milieux cliniques diversifiés.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Katie Lundon, B.Sc. (physio.), M.Sc., Ph.D. ou D^{re} Rachel Shupak, M.D., FRCP(C)

Titre : Directrice générale du programme

Organisme : Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care, Hôpital St. Michael

Courriel : k.lundon@cogeco.ca

Dernière mise à jour : Le 1^{er} août 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Publication :

Lundon, K., Shupak, R., Reeves, S., Schneider, R. et McIlroy, J.H. (2009). The Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care program: An interprofessional model for transfer of knowledge for advanced practice practitioners. *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), 198–200. Extrait de : <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820802379987>

Autre profil :

Chronic Disease Management. (s.d.). ACPAC: Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care program 2013–2014. Extrait de : www.chronicdiseases.ca/arthriti

Communications personnelles :

Lundon, K. (courriels, 1^{er} août 2013).

External Source: <http://chronicdiseases.ca/arthriti/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Modèle de pratique en collaboration

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à rehausser la qualité de vie ainsi que la prestation des soins de santé pour les membres des Premières nations qui souffrent d'une maladie chronique en établissant de meilleurs liens entre les services provinciaux et les services offerts au sein des réserves, ainsi qu'en améliorant la prestation des services dans les réserves. Lancée en 2010, cette pratique proposait une collaboration entre Santé Canada (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits), la Fondation canadienne du rein (Division de la Saskatchewan), la Regina Qu'Appelle Health Region (programme pour les maladies du rein chroniques) et les trois communautés des Premières nations, c'est-à-dire la Première nation de Cowesses, la Première nation de Gordon et la Première nation de Muskowekwan.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2010, trois partenaires ont uni leurs forces afin d'entreprendre le tout premier programme d'éducation sur la santé des reins et de dépistage ciblé. Les partenaires étaient Santé Canada (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits), la Fondation canadienne du rein (Division de la Saskatchewan) et la Regina Qu'Appelle Health Region (programme pour les maladies chroniques du rein). Trois communautés des Premières nations ont été invitées à y participer, soit la Première nation de Cowesses, la Première nation de Gordon et la Première nation de Muskowekwan. Ce projet pilote visait les objectifs suivants : améliorer la coordination des soins des personnes atteintes d'une maladie chronique, améliorer les résultats pour les patients, accroître l'accès à la gestion des maladies chroniques, élargir les capacités des communautés et améliorer l'autogestion des soins.

Chaque communauté a soumis environ 25 personnes par jour à un dépistage pendant deux journées. En tout, 150 personnes ont subi un test de dépistage de maladies chroniques et ont été informées des moyens qu'elles peuvent prendre pour demeurer en santé. Chaque participant a signé un formulaire de consentement, sur lequel le but du programme et le déroulement de la journée étaient expliqués, et a répondu à un sondage préliminaire afin d'évaluer ses connaissances antérieures. Les participants ont rempli un formulaire de données sur la santé afin de recueillir de l'information et de consigner les résultats des tests; ils ont également reçu une copie sous forme de « fiche de rendement des reins ». Les tests administrés étaient notamment une évaluation de la tension artérielle, une analyse aléatoire de la tolérance au glucose, une analyse du taux d'HbA1c, une estimation du débit de filtration glomérulaire, une analyse d'urine ainsi que des mesures du poids, de l'indice de masse corporelle, du pourcentage d'adiposité et du tour de taille.

Une fois les tests effectués, les participants rencontraient une infirmière du programme pour les maladies chroniques du rein afin de discuter de leurs résultats et de poser des questions. L'infirmière leur donnait des conseils de santé afin d'optimiser leur fonction rénale ainsi que leur bien-être. Un dépistage de suivi a été réalisé en 2011 selon le même processus.

Cette initiative, qui était un projet du Bureau des services de soins infirmiers et du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, n'a pas été mise en place ailleurs.

RÉPERCUSSIONS :

Les données recueillies lors des sondages de suivi indiquaient que les personnes apportaient des changements afin d'améliorer leur santé. Elles faisaient plus d'exercice, elles perdaient du poids, elles diminuaient leur consommation de matières grasses et de sel, elles cessaient de fumer, elles surveillaient régulièrement leur glycémie et leur tension artérielle et elles prenaient leurs médicaments. La coordination et l'accès de la gestion des maladies chroniques se sont également améliorés. D'autres évaluations sont à venir.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le projet de pratique en collaboration n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Les leçons tirées qui ont contribué à la réussite de ce projet étaient notamment : le dépistage répété des clients, les rencontres régulières et



l'établissement des fondements de la collaboration, afin d'améliorer la coordination des soins, les séances d'éducation et la mobilisation des clients par les dirigeants locaux, afin de renforcer les capacités des communautés, ainsi que la rétroaction des clients, qui a permis de renforcer l'autogestion des soins. Les difficultés qui ont eu des répercussions sur le programme étaient notamment le roulement et les pénuries de personnel, les charges de travail élevées, qui empêchaient le personnel de consacrer du temps au projet, et la coordination parfois difficile des activités avec l'autorité régionale de la santé en raison des pénuries de personnel et des contraintes.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Sandy Hassler

Titre : Coordinatrice de la pratique en collaboration (à la retraite)

Organisme : s.o.

Courriel : s.hassler@sasktel.net

Téléphone : 306 736-9099

Dernière mise à jour : Le 10 octobre 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Hassler, Sandra (entrevue et rétroaction, juin 2013). [projet de pratique en collaboration].

Autres :

Petruka, P. et Bassendowski, S. (avril 2013). Innovative Collaborative Practice Models to Managing Home Care Clients. Saskatchewan Region.

Lytle, K. (s.d.). Strengthening the Bridge: Continuing Prevention of Chronic Disease in Saskatchewan First Nations. The Kidney Foundation of Canada, Saskatchewan Branch.



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

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

LOCATION:	Québec	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

[rg](#)

APERÇU : Cette pratique novatrice améliore l'efficacité de la gestion des maladies chroniques dans les régions rurales éloignées. Créée en 2011 et financée pendant une période de deux ans, cette pratique faisait appel à une équipe interprofessionnelle composée d'infirmières, de diététistes et de kinésologues qui travaillaient en collaboration avec des médecins.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Comme la population du Rocher-Percé est dispersée le long d'un vaste littoral, elle est difficile à servir. Environ 60 % des clients 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. 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. Les maladies chroniques n'étaient pas abordées globalement et les membres du personnel ne communiquaient pas entre eux.

Un représentant de la société Pfizer a rencontré la directrice du Centre de santé afin de discuter d'une possibilité de financement, en partenariat avec le gouvernement du Québec, pour de nouveaux programmes novateurs de gestion des maladies chroniques. Une proposition fondée sur le Chronic Care Model (www.improvingchroniccare.org) reconnu à l'échelle internationale a été présentée et acceptée dans le but de transformer un modèle de prestation de services désuet, cloisonné et réactif. Les efforts se concentraient à rapprocher les services des clients dans leurs communautés à l'aide d'un modèle axé sur le partenariat et le travail d'équipe et à enseigner aux patients à comprendre leur santé, à assumer leurs responsabilités et à se prendre en main avec l'aide d'une équipe.

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, formée d'une diététiste, d'une infirmière autorisée et d'un kinésologue, 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 à l'endroit où 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 dans 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'elle puisse 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.

Ce genre de suivi intensif est généralement offert uniquement dans des centres de santé spécialisés, qui sont habituellement éloignés et difficiles d'accès pour les patients. C'est la première fois qu'un programme de ce genre se déroule dans une région rurale et éloignée.

RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation officielle est attendue vers la fin de 2013. Entre-temps, des résultats très positifs ressortent des discussions avec le personnel et de la surveillance des patients. 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, qui comprend une diminution du tabagisme. Par conséquent, les services spécialisés sont moins sollicités et les chirurgies sont moins fréquentes.

Les médecins voient le programme d'un bon œil, car ils peuvent maintenant recevoir leurs patients moins souvent. En outre, le programme exploite très bien les ressources. Le financement initial de deux ans a pris fin en janvier 2013. Cela dit, devant le succès remporté par le programme, le Centre de santé a décidé de regrouper de façon permanente les différents programmes de gestion des maladies chroniques en un seul programme. Le programme continue donc de porter fruit puisque la réaffectation du temps et de l'argent permet au personnel de passer plus de temps avec les clients.

Le programme a suscité beaucoup d'intérêt. Le gouvernement du Québec aimerait l'adopter dans l'ensemble de la province. Le gouvernement du Canada, en particulier les responsables du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI), est également intéressé, car il estime qu'il peut être appliqué dans les communautés rurales et éloignées des Premières nations et des Inuits.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique novatrice n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, elle peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Une leçon importante à retenir est qu'un programme intensif qui permet aux clients de se prendre en main et qui met l'accent sur une approche globale des maladies chroniques fait une



réelle différence. Les principaux facteurs de réussite étaient notamment les partenariats (dans ce cas-ci avec la société Pfizer, le gouvernement provincial et les gymnases locaux), les soins prodigués par une équipe interdisciplinaire et une démarche qui s'appuyait sur un modèle de pratiques exemplaires.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Tim Sutton

Titre : Kinésiologue

Organisation : Centre de santé et des services sociaux du Rocher-Percé

Courriel : tim.sutton.pabok@SSSS.gouv.qc.ca

Téléphone : 418-680-3307

Dernière mise à jour : Le 25 septembre 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Sutton, T. (entrevue et rétroaction, 2013). [Centre de santé et des services sociaux du Rocher-Percé].

Publications :

La prise en charge de sa santé sur le territoire du Rocher-Percé : une offre de services en maladies chroniques adaptée aux réalités d'une région rurale et éloignée. (septembre 2012). Notes de présentation]. Extrait de :

<http://interestsante.ca/files/interdisciplinaritegestiondesmaladieschron...>

Improving Chronic Illness Care. (s.d.). *The Chronic Care Model*. Extrait de : www.improvingchroniccare.org

External Source: <http://interestsante.ca/participation-au-4e-rendez-vous-de-la-gestion-des-maladies-chroniques.php>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Heart Healthy Kids (H2K)

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde l'incidence de la sédentarité et de l'inactivité physique sur la santé des enfants et des jeunes. Cette pratique a été lancée en Nouvelle-Écosse sous la forme d'un programme scolaire en 2006. Elle mettait à contribution un employé rémunéré, plusieurs superviseurs adultes bénévoles ainsi que des élèves qui agissaient comme des mentors.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Heart Healthy Kids (H2K) a été lancé en 2006 à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'un programme scolaire qui s'adresse aux enfants de la région de Halifax qui sont en 4^e, en 5^e et en 6^e année. Le programme fait appel à un employé rémunéré ainsi qu'à plusieurs superviseurs adultes bénévoles. Le programme comporte les volets suivants :

- **Un défi qui encourage l'activité physique en équipe.** Les participants consignent leurs activités physiques quotidiennes, qui sont converties en kilomètres le long d'un trajet virtuel à travers le Canada. Le défi consiste à être l'équipe qui parcourt la plus grande distance pendant l'année scolaire.
- **Les clubs H2K (ou les dîners H2K).** Ces dîners, qui ont lieu à toutes les semaines ou à toutes les deux semaines, offrent des possibilités d'**encadrement par des pairs** et de renforcement de l'esprit d'équipe. Les pairs-mentors sont sélectionnés et formés dans le cadre d'un atelier en milieu scolaire dans le but de devenir des chefs d'équipe qui prendront part au défi. Les clubs H2K prévoient une réunion d'équipe pendant laquelle les participants sont conviés à dîner pendant que les pairs-mentors prennent les présences, discutent des objectifs et animent une discussion sur les nouvelles activités ou les aliments nutritifs que les membres ont essayé. Après la réunion d'équipe, les participants se lancent dans une série de jeux actifs qui sont supervisés par des bénévoles adultes, mais animés par les pairs-mentors.
- **Les assemblées mensuelles H2K.** Le personnel du Maritime Heart Centre ou les bénévoles du programme se rendent dans chaque école afin d'y tenir une assemblée avec les participants du programme H2K et de les garder motivés. Les progrès sont notés et les objectifs sont examinés. Il y a parfois des conférenciers invités ou des défis collectifs.
- **Les séances éducatives semestrielles.** Ces séances sont une occasion d'échanger de l'information sur l'anatomie et la physiologie du cœur, l'alimentation, la prévention du tabagisme et la modification des facteurs de risque. Le contenu est conforme aux résultats du programme d'études du ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. Ces séances sont données par des professionnels de la santé bénévoles ou par des étudiants.

Ce programme est considéré novateur en raison de son volet axé sur l'encadrement par des pairs. Il n'exige pas une grande participation de la part des bénévoles adultes, il encourage le leadership parmi les élèves et il permet aux enfants d'entretenir des rapports positifs entre eux et avec l'activité physique. Le programme a commencé comme un projet de recherche financé par la Nova Scotia Health Research Foundation. Le Maritime Heart Centre et la Division of cardiac surgery assurent un soutien non financier pour un gestionnaire de programme à temps plein. Pendant l'année scolaire 2012-2013, sept écoles ont participé au programme H2K, dont neuf champions communautaires, 50 bénévoles des clubs H2K et plus de 700 élèves, y compris 117 pairs-mentors. Les participants au programme H2K ont consigné des activités physiques qui se chiffrent à près de 200 millions de pas ou à 135 000 kilomètres.

RÉPERCUSSIONS :

L'administration de ce programme est relativement peu onéreuse grâce au nombre important de bénévoles. De nombreux témoignages d'élèves et de parents soulignent l'accueil positif de cette initiative. En outre, une étude de recherche échelonnée sur plusieurs années corrobore le développement du programme. Une étude pilote réalisée dans une école en 2009-2010 a révélé que le programme H2K a réussi, grâce au mentorat par des pairs étudiants, à faire augmenter les niveaux d'activité physique de 17 %. Par la suite, une étude de plus grande envergure effectuée en 2010-2011 a mis en jeu un groupe témoin ainsi qu'un plus gros échantillon de près de 800 élèves dans dix écoles. Cinq écoles de contrôle ont accueilli le



programme H2K normal qui comportait le défi axé sur l'activité physique ainsi que des séances d'information. Le même programme, auquel on avait ajouté l'encadrement par des pairs, a été donné dans cinq écoles d'intervention afin de déterminer la différence liée à l'encadrement par des pairs. Les résultats suivants ont été mesurés dans toutes les écoles de contrôle et d'intervention : l'activité physique (mesurée chaque jour à l'aide d'un podomètre et d'un suivi sur le site Web), l'éducation (mesurée avec des essais avant et après les séances), la hauteur, le poids, le tour de taille ainsi que la forme cardiovasculaire (déterminée par le test PACER de la course en navette afin de calculer la consommation d'oxygène maximale). Les résultats ont montré que, même si les connaissances sur la santé du cœur se sont améliorées dans les deux groupes, seules les écoles d'intervention ont connu des augmentations importantes de l'activité physique (plus de 1 000 pas par jour en moyenne) et de la quantité maximale de consommation d'oxygène, ce qui laisse entendre que l'encadrement par des pairs est associé à une amélioration des niveaux d'activité physique quotidienne et de la forme cardiovasculaire. De plus, une sous-étude qualitative a montré que l'expérience de l'encadrement par des pairs était bien vue. Les participants considéraient que l'encadrement par des pairs était agréable et qu'il avait une incidence sur les niveaux d'activité physique des participants parce que les pairs-mentors agissaient à la fois comme des aides et des partisans, des organisateurs et des administrateurs et comme des personnes qui élargissaient les réseaux sociaux. Des publications à comité de lecture sont en cours de préparation afin de présenter des données scientifiques dans la littérature didactique.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme H2K n'a pas été adapté à partir d'une autre administration : il a été conçu au Maritime Heart Centre. L'initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux, notamment dans des écoles situées dans des collectivités rurales. La recherche comportait des groupes de discussion ainsi que des entrevues avec des pairs-mentors, des parents et des enseignants afin d'évaluer l'encadrement par des pairs, qui a été bien accueilli et considéré comme une initiative qui encourageait l'activité physique. Les dernières phases de l'étude de recherche pluriannuelle sur le programme K2K ont surtout porté sur la mise au point du programme en 2011-2012 (en créant une structure de bénévoles à l'aide de champions communautaires afin d'en assurer la durabilité), puis sur la mise à l'essai du programme perfectionné dans d'autres écoles. Une mise en place du programme à l'échelle de la province est prévue pour les trois à cinq prochaines années. Les leçons tirées lors de la mise au point du programme en vue d'un déploiement élargi montrent notamment que l'encadrement par des pairs devrait constituer un précieux outil de promotion de la santé et que la création d'un modèle de bénévolat durable est indispensable à l'expansion du programme et à ses retombées positives sur la santé.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : <http://maritimeheartcenter.ca/h2k-program>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Becky Spencer
Titre : Gestionnaire de programmes
Organisme : Maritime Heart Centre
Courriel : becky@maritimeheartcenter.ca
Téléphone : 902-446-3669

Dernière mise à jour : Le 27 juin 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Spencer, R. (entrevue, 27 juin 2013; entrevue, 11 juillet 2013). [Maritime Heart Centre].

Autres :

Jollymore, M. (16 mai 2012). 'Heart Healthy Kids' yields real gains in children's fitness. In Capital Health Research Services Newsletter, Focus on Cardiac Surgery. Extrait de : <http://www.cdha.nshealth.ca/system/files/sites/391/documents/focus-cardi...>

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et Société canadienne de cardiologie. (29 octobre 2012). Nova Scotia research team proves peer pressure can be used for good. [Communiqué de presse]. Extrait de : <http://www.heartandstroke.nb.ca/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=kplPKZOyFkG&b=8453823&ct=12490643&printmode=1>



Maritime Heart Centre. (2013). *H2K: Heart Healthy Kids!* [Pages Web sur le projet]. <http://maritimeheartcenter.ca/h2k-program>

Spencer, R.A. (7 mai 2012). Comparing quantitative and qualitative data to determine the impact of peer-mentoring on physical activity in the Heart Healthy Kids Program. Présentation non publiée à l'occasion de l'événement Dalhousie Cardiac Research Day.

External Source: <http://maritimeheartcenter.ca/h2k-program>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Visites médicales en groupe : une initiative pour améliorer l'accès, l'efficacité et les résultats des soins de santé prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'accroître l'efficacité des établissements de médecine familiale et d'améliorer les résultats en matière de santé ainsi que l'expérience des patients qui sont traités pour des maladies chroniques. L'initiative a été lancée dans des établissements de médecine familiale aux quatre coins de la Colombie-Britannique et chaque séance met normalement en jeu des médecins de famille, des professionnels paramédicaux ainsi que des assistants de cabinet de médecin.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Pour la plupart des affections chroniques, il y a des symptômes que tous les patients ont en commun, comme un mode de vie et des mesures de prévention alimentaires qu'ils peuvent adopter, ainsi que des renseignements qu'ils doivent tous avoir ou connaître. Malgré tout, les patients ne reçoivent souvent pas toute l'information nécessaire pour gérer leur maladie dans le cadre de la consultation individuelle de 15 minutes traditionnelle avec leur médecin de famille. Les visites médicales en groupe permettent aux patients de recevoir des soins, de l'éducation et des conseils de leur médecin de famille dans un environnement collectif favorable. Au lieu de devoir répéter les mêmes renseignements à chaque patient, les médecins transmettent l'information une fois au groupe, puis ils prennent le temps d'aborder la gestion de la maladie en profondeur. Les patients doivent respecter le caractère strictement confidentiel des rencontres et signer une lettre d'entente avant de participer.

Les visites médicales en groupe constituent l'un des sept modules d'apprentissage offerts aux médecins en Colombie-Britannique dans le cadre du [Practice Support Program \(programme de soutien à la pratique\)](#), une initiative qui prévoit une formation et un soutien pour les médecins et leurs assistants de cabinet afin d'améliorer la gestion des aspects cliniques et des pratiques et d'optimiser la prestation des soins de santé primaires aux patients. Le programme de soutien à la pratique a commencé comme une initiative du General Practice Services Committee (comité responsable des services de médecine générale), un partenariat entre le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et l'association médicale de la Colombie-Britannique. Le programme de soutien à la pratique bénéficie maintenant d'une orientation, d'un soutien et d'un financement supplémentaires du Shared Care Committee (comité chargé des soins partagés) et du Specialist Services Committee (comité responsable des services spécialisés).

Les visites médicales en groupe apportent une entraide sociale, mais elles se distinguent des groupes de soutien traditionnels dans le sens où les séances ont tendance à être plus éducatives et où les questions d'ordre médical sont encouragées. Le programme vise à faire gagner du temps aux praticiens et à donner aux patients une tribune où ils peuvent partager leurs connaissances et acquérir de la confiance afin de gérer eux-mêmes leur santé. De l'avis du General Practice Services Committee, ce programme devrait apporter des avantages durables, tant pour les patients que pour les médecins, en améliorant l'accès aux professionnels de la santé, en diminuant les temps d'attente et en optimisant l'efficacité.

RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation des modules d'apprentissage du programme de soutien à la pratique a été réalisée à partir des données recueillies au cours des trois premières années du programme et publiée dans *BMC Medical Education*. En tout, 887 médecins généralistes et 405 assistants de cabinet de médecin ont donné leurs impressions sur les modules d'apprentissage. Pour le module axé sur les visites médicales en groupe, la plupart des généralistes s'entendaient pour dire que leurs patients avaient



aimé l'apprentissage entre pairs (79 %), avaient apprécié le soutien à l'autogestion (80 %) et étaient satisfaits de leurs soins (76 %). Environ 77 % des généralistes étaient d'accord pour dire que les visites en groupe leur avaient donné l'occasion de prodiguer des soins en équipe, même si 46 % d'entre eux convenaient qu'ils avaient du mal à les planifier. Approximativement 60 % des intervenants interrogés ont affirmé qu'ils songeaient à intégrer les visites en groupe à leur pratique de façon permanente.

En mai 2013, la cinquième évaluation annuelle des modules d'apprentissage du programme de soutien à la pratique a été diffusée. Trente-deux médecins généralistes ont assisté aux modules axés sur les visites médicales en groupe, au cours de leur cinquième année, et ont fourni une rétroaction. La plupart des généralistes s'entendaient pour dire que leurs patients aimaient l'apprentissage entre pairs (77 %) et les aspects du programme liés à l'autogestion (82 %). En regardant vers l'avenir, une faible majorité (58 %) de généralistes s'entendait pour dire qu'ils allaient intégrer les visites médicales en groupe à leur pratique actuelle et 52 % d'entre eux convenaient que la planification des visites en groupe était difficile pour les assistants de cabinet de médecin. Les coûts et les économies liés à cette pratique n'ont pas été évalués à ce stade-ci.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique mise sur la réussite des premières initiatives de visites médicales en groupe au Colorado et en Californie. Les visites médicales en groupe ont été mises en place par des systèmes de soins de santé à l'échelle internationale et elles ont invariablement obtenu des taux de satisfaction élevés de la part des patients et des fournisseurs. Au Canada, les visites médicales en groupe sont également offertes en Alberta et en Saskatchewan depuis l'expérience en Colombie-Britannique.

Ce modèle de soins s'est également étendu à d'autres groupes de patients. À Smithers, en Colombie-Britannique, des visites médicales en groupe ont lieu une fois par mois pour les patients atteints de démence et leurs fournisseurs de soins. À Vancouver, des visites médicales en groupe pour les patients qui parlent le cantonais ont été mises en place afin d'aider les patients qui ont des problèmes de cholestérol à acquérir de meilleures habitudes alimentaires. La pratique est également adoptée par d'autres professionnels de la santé. À Vancouver, des psychiatres ont intégré les visites médicales en groupe à leurs consultations externes et les résultats observés ont été positifs. En terminant, un nombre grandissant d'infirmières-praticiennes ont recours aux visites médicales en groupe pour assurer des services de santé primaires aux personnes qui souffrent d'une maladie chronique.

Même si la pratique peut être appliquée dans d'autres milieux, quelques difficultés peuvent avoir des incidences sur la transférabilité des visites médicales en groupe. Comme les cabinets de médecin sont souvent exigus, il faut prévoir un espace à l'extérieur pour accueillir les visites. Cette exigence peut devenir un obstacle logistique et parfois financier qui empêche d'offrir le service. Le temps nécessaire pour organiser les visites médicales en groupe peut également dissuader certains médecins de les tenir régulièrement.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : s. o.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Liza Kallstrom

Titre : Responsable, contenu et mise en œuvre, programme de soutien à la pratique

Organisme : BC Medical Association

Courriel : lkallstrom@bcma.bc.ca

Téléphone : 604-638-2854

Dernière mise à jour : Juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Publications :

Barber, C. et Kallstrom, L. (2011). Vancouver psychiatrists incorporate group medical visits into patient care. *BC Medical Journal*, 53(6), 299.

MacCarthy, D., Kallstrom, L., Kadlec, H. et Hollander, M. (2012). Improving primary care in British Columbia, Canada:



Evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. *BMC Medical Education*, 12, 110–122.

Autres :

Kadlec, H. et Hollander, M. (2013). Evaluation of the Practice Support Program.

General Practice Services Committee. (2009). *Innovative group medical visits benefit both dementia patients and their caregivers*. Extrait de : http://www.gpscbc.ca/media/success-stories#Success_Story-Blouw



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

VivoSpace

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice a recours au marketing dans les médias sociaux en guise de plateforme pour la gestion des maladies chroniques. Lancée en Colombie-Britannique, à l'Université de la Colombie-Britannique, la pratique faisait appel à deux étudiants diplômés, à un concepteur Web, à deux chercheurs principaux et à plus de 100 utilisateurs pilotes pour le prototype.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'autogestion des maladies chroniques est reconnue comme un déterminant important pour améliorer les résultats sur la santé, et la prise en charge de sa santé s'est avérée être d'une importance capitale pour éviter la maladie. Cela dit, l'autogestion comporte plusieurs limites, car elle dépend de la capacité et de la motivation de la personne qui doit continuer de faire de bons choix pour sa santé. Les stratégies d'autogestion qui sont en place ont été adoptées pendant de courtes périodes de temps et elles ne durent souvent pas longtemps.

Les réseaux sociaux et les communautés en ligne ont été déterminés être des facteurs de motivation cruciaux pour aider les personnes à obtenir des résultats positifs sur leur santé, en particulier dans les études orientées sur les maladies. Le projet VivoSpace a pour objectif de comprendre comment les réseaux sociaux en ligne peuvent être aménagés de manière à encourager un changement de comportement positif pour la santé.

La première étape de l'initiative consiste à comprendre les facteurs de motivation pour utiliser les réseaux sociaux en ligne et pour adopter un comportement plus sain. Cette compréhension est à la base de l'élaboration du cadre ABC (Appeal, Belonging, Commitment pour attrait, appartenance et engagement) qui décrit les principaux éléments requis pour VivoSpace. Le cadre ABC stratifie les déterminants stimulants en trois dimensions : l'attrait, qui contient tous les déterminants individuels (qui font de la personne un utilisateur); l'appartenance, qui renferme tous les déterminants sociaux (les facteurs qui favorisent l'utilisation fréquente des médias sociaux); et l'engagement, qui touche aux aspects temporels du changement de comportement (ce qui aide à assurer une utilisation continue du réseau social). Le projet pilote explore le comportement par rapport à la santé et les objectifs personnels de gestion de la santé, tant pour les personnes qui sont atteintes d'une maladie chronique que pour les personnes qui sont en santé.

RÉPERCUSSIONS :

La conception du prototype VivoSpace a été soumise à des suivis et des évaluations à plusieurs étapes. Le protocole initial a été publié dans une revue à comité de lecture et les progrès réalisés avec le prototype ont été communiqués par le truchement d'exposés donnés par MITACS et dans le cadre du forum sur la qualité en Colombie-Britannique.

Après avoir effectué une recension des écrits, la première étape consistait à déterminer ce qui motivait les utilisateurs à accéder à la plateforme des médias sociaux. Les résultats d'un questionnaire en version papier et en ligne montrent que les 104 répondants utilisateurs étaient en accord avec les déterminants. La plupart des répondants ont fait remarquer qu'ils utilisent les médias sociaux en ligne pour obtenir des renseignements, pour entretenir des liens avec des gens et pour des raisons de commodité plutôt que pour apprendre à se connaître et pour améliorer leur statut social. Ces déterminants ont contribué à façonner le prototype en version papier. Onze personnes ont été interviewées sur la facilité d'utilisation de ce prototype; elles ont aimé la socialisation de l'information sur la santé et elles avaient hâte d'avoir plus d'activités en groupe et de défis santé pour mobiliser davantage les utilisateurs. Elles ont également souligné les craintes au sujet du risque potentiel à l'égard de la protection des renseignements personnels. Ces commentaires ont été pris en considération au moment de créer le prototype de fidélisation au média, qui était plus interactif et qui comportait des outils comme le tableau de bord à l'aide duquel les patients peuvent notamment suivre leurs apports quotidiens en calories. Ce prototype a été soumis à une évaluation en laboratoire dans laquelle 36 adultes avaient mis le prototype à l'essai. Les résultats de l'évaluation finale du prototype haute-fidélité sont encore rassemblés.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



La pratique VivoSpace n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Par contre, cette initiative peut théoriquement être adaptée et transférée dans d'autres milieux.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Noreen Kamal

Titre : Étudiante au doctorat et responsable de la qualité

Organisme : Le BC Patient Safety & Quality Counsel et l'Université de la Colombie-Britannique

Courriel : noreenk@ece.ubc.ca, nkamal@bcpsqc.ca

Téléphone : S.O.

Dernière mise à jour : Le 8 juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Media and Graphics Interdisciplinary Centre (MAGIC), UBC. (sans date). *VivoSpace: An online social network to motivate health behaviour change*. Extrait de : <http://www.magic.ubc.ca/pmwiki.php?n=Projects.E-HealthCare>

Kamal, N., Fels, S., Ho, K., Cheng, L. et Blackstock, M. (2012). *Patient-clinician partnership through a personal online health social network system*. Extrait de : <http://www.ics.uci.edu/~yunanc/chi2012health/Downloads/Kamal.pdf>

Kamal, N., Fels, S., Blackstock, M. et Ho, K. (2011) *VivoSpace: Towards health behavior change using social gaming*. In *Entertainment Computing–ICEC 2011* (pp. 319–330). Extrait de : http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-24500-8_35.pdf#

Kamal, N. (2010). *Framework for personal health management using social networks*. [Diapositives de présentation]. Extrait de : <http://www.mitacs.ca/events/images/stories/focusperiods/social-presentations/kamal-mitacs.pdf>

External Source: <http://www.magic.ubc.ca/pmwiki.php?n=Projects.E-HealthCare>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Bounce Back: Reclaim Your Health (Remettez-vous très vite : Reprenez votre santé en main)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde la question de la dépression légère à modérée chez les patients qui bénéficient de soins primaires sous la forme d'outils d'auto-assistance et d'un encadrement en santé par téléphone. L'initiative a été lancée en Colombie-Britannique en 2008.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une intervention pour la dépression légère à modérée qui n'est pas facilement accessible pour les patients qui reçoivent des soins primaires au Canada, en particulier dans les régions rurales. Dans le cadre d'une stratégie pour aborder cette question, le gouvernement de la Colombie-Britannique a financé une initiative de promotion de la santé mentale et d'intervention appelée Bounce Back : Reclaim Your Health. Cette initiative, dont le fonctionnement est assuré par la division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale, est actuellement offerte dans l'ensemble de la Colombie-Britannique.

Le programme Bounce Back s'adresse aux adultes qui souffrent d'une dépression légère à modérée, qui sont d'humeur dépressive ou qui subissent un stress, avec ou sans anxiété. Ce service de santé mentale est offert aux patients dans leur propre foyer. Le programme comporte deux formes de soutien : une vidéo intitulée *Living Life to the Full* en format DVD et un accompagnement par téléphone à l'aide de cahiers d'exercices offerts en anglais et en chinois (mandarin ou cantonais). La vidéo contient des conseils pratiques pour reconnaître et aborder les symptômes de dépression.

Des moniteurs téléphoniques formés apportent un soutien aux patients (en anglais ou en cantonais) à l'aide d'outils d'auto-assistance. Les moniteurs aident les patients à acquérir des aptitudes pour résoudre les problèmes ainsi que d'autres compétences pour surmonter leurs difficultés, y compris l'inactivité, les pensées qui ne mènent à rien, les inquiétudes et l'évitement. Les moniteurs téléphoniques sont des non-spécialistes formés et surveillés par un psychologue agréé. Le volet du programme axé sur l'encadrement par téléphone doit être conseillé par un médecin de premier recours. Pour pouvoir être orientés, les patients doivent être évalués à l'aide du questionnaire PHQ-9, obtenir une note de 5 à 19 et ne pas avoir de contre-indications pour une intervention cognitivo-comportementale de faible intensité. Les médecins de famille peuvent exiger des frais auprès du gouvernement pour des conférences liées aux patients dans la collectivité s'ils sont appelés à consulter un moniteur du programme Bounce Back dans le cadre de la planification des soins collaboratifs.

Cette pratique est novatrice dans le sens où elle élargit l'accès aux services de santé mentale et où elle favorise la connaissance de la santé mentale, surtout dans les régions rurales.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice a été mise sur pied en 2008. Elle s'appuie sur une approche de la thérapie cognitivo-comportementale qui est recommandée comme traitement contre la dépression dans les lignes directrices cliniques du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Une évaluation en trois temps de la mise sur pied (2011) de l'approche en cinq points (qui a éclairé le programme Bounce Back) a été réalisée par Jeanne Legare and Associates pendant la période qui s'étend de juin 2008 à mars 2010. Les participants sont également invités à répondre à un court sondage en ligne qui vise à recueillir leurs impressions sur le programme. Les observations et les témoignages personnels donnent à entendre que cette pratique peut donner des résultats positifs sur la santé. Les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Association canadienne pour la santé mentale ont financé la recherche pour un essai clinique randomisé en 2013 afin d'évaluer si (1) le programme est plus



efficace que le traitement habituel prodigué par les omnipraticiens et si (2) les résultats du programme peuvent être attribués au volet d'accompagnement par téléphone. Un objectif secondaire consiste à évaluer le rapport coût-efficacité du soutien téléphonique. La recherche est effectuée en Colombie-Britannique ainsi que dans des sites pilotes en Alberta.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le contenu du programme *Bounce Back: Reclaim Your Health* a été conçu, en partie, à partir des travaux du programme *Living Life to the Full* du Dr Chris Williams, qui comprend un DVD éducatif et un livre de croissance personnelle publié pour la première fois en 2006 qui est intitulé *Overcoming Depression and Low Mood : A Five Areas Approach*. Le contenu de ces outils d'auto-assistance a été adapté au contexte de la Colombie-Britannique afin de pouvoir être utilisé dans le cadre du programme Bounce Back.

Le programme a été mis sur pied par étapes en Colombie-Britannique. Il a été lancé en juin 2008 dans cinq collectivités qui font partie du territoire d'Interior Health, et en avril 2010, le service était offert dans toute la province. À la fin d'octobre 2010, plus de 49 000 DVD avaient été distribués et plus de 9 100 participants avaient été orientés vers l'encadrement par téléphone. Le programme Bounce Back a donné naissance à un comité consultatif formé d'anciens participants qui font des suggestions, des commentaires et des recommandations afin d'améliorer l'initiative un peu partout dans la province.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom :

Titre :

Organisme: Association canadienne pour la santé mentale, Division de la Colombie-Britannique

Courriel : bounceback@cmha.bc.ca

Téléphone :604-688-3234

Dernière mise à jour : Le 4 juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Publications :

BC Ministry of Health. (10 juin 2011). *Self-management support: A health care intervention*. Extrait de :

<http://www.selfmanagementbc.ca/uploads/What%20is%20Self-Management/PDF/Self-Management%20Support%20A%20health%20care%20intervention%202011.pdf>

Lau, M. (29 novembre 2012). *Bounce Back, Reclaim Your Health: Creating community-based self-help strategies to improve the mental health of people with chronic conditions*. Extrait de :

<http://theconference.ca/index.php/topic-pages/integrative-medicine/155-integrative-medicine/mindfulness/582-bounce-back-reclaim-your-health>

ClinicalTrials.gov, U.S. National Institutes of Health. (2013). *Evaluation of the Bounce Back program*. Extrait de :

<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01324648>

External Source: www.bouncebackbc.ca



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde la question de l'hébergement des personnes qui sont sans abri ou mal logées et qui ont souffert d'un problème médical aigu d'une maladie ou d'une blessure aiguë. Lancée en Ontario dans un milieu clinique de Toronto, la pratique met à contribution une équipe coordonnée du centre d'accès aux soins communautaires, des oncologues ainsi que le personnel du centre de santé Sherbourne.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'infirmierie du centre de santé Sherbourne est une unité de soins de santé de courte durée où des personnes de tout âge qui sont sans abri ou mal logées peuvent séjourner pendant qu'elles se remettent d'un problème médical aigu ou d'une maladie ou d'une blessure aiguë. Le programme d'infirmierie prévoit un espace sûr dans lequel les clients peuvent prendre du repos et se rétablir dans un environnement confortable et favorable.

Les soins de santé sont assurés par une équipe interprofessionnelle qui comprend des médecins conseils, des infirmières et un gestionnaire de cas pour les personnes qui sont sans abri et mal logées. Ouverte sept jours sur sept, 24 heures sur 24, l'infirmierie offre des soins de santé holistiques et axés sur le rétablissement à des clients qui devraient se remettre d'un problème médical dans une courte période de temps et qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Les admissions ont généralement lieu du lundi au jeudi, de 9 h à 15 h. Dans la mesure du possible, il est préférable que les admissions se fassent le matin afin que les clients puissent bénéficier d'une transition ou d'un transfert en douceur vers le programme. L'initiative a permis d'offrir des soins intégrés prodigués par une équipe coordonnée afin d'assurer une transition harmonieuse entre l'hôpital, le refuge et l'infirmierie.

Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne a été conçu pour s'ajouter aux soins de santé qui sont déjà offerts dans des sites hospitaliers et communautaires. Le programme vise à améliorer les options de rétablissement qui s'offrent aux personnes qui sont sans abri ou mal logées en se concentrant sur celles qui ont des problèmes de santé qui nécessitent un séjour à court terme. Le programme d'infirmierie n'est pas destiné à remplacer les autres formes de soins de santé comme les services d'évaluation d'urgence, d'aide et d'écoute, de santé mentale ou de lutte contre la toxicomanie.

RÉPERCUSSIONS :

Depuis 2011, 20 personnes sans abri — des hommes et des femmes âgés de 30 à 70 ans qui avaient différents types de cancer et des pronostics variés — ont été traitées. En 2012, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario a annoncé que le centre de santé Sherbourne avait remporté le prix de l'innovation pour avoir élargi sa pratique afin d'offrir des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux personnes qui sont sans abri ou qui n'ont pas de vrai « foyer ». Ces patients sont confrontés à des obstacles importants qui les empêchent d'avoir accès aux traitements courants. Même les personnes qui vivent dans des refuges ou dans des maisons de chambres ne sont pas dans un milieu suffisamment sûr ou hygiénique et ne peuvent pas éliminer de la bonne manière les déchets toxiques de la chimiothérapie. L'infirmierie a permis aux oncologues de l'Ontario de mettre en place avec confiance des plans de traitement pour plusieurs personnes sans abri ou logées dans des conditions de vulnérabilité qui, autrement, auraient pu se faire refuser un traitement ou avoir du mal à trouver des options de soins.

Cette pratique a permis d'améliorer les résultats pour les patients grâce à une excellente continuité des soins et à une approche véritablement centrée sur le patient. L'infirmierie accueillante et lumineuse et l'approche respectueuse de tous les membres du centre font partie d'une expérience souvent déterminante pour les clients, qui affirment couramment avoir reçu des soins d'une qualité sans précédent. La plupart des clients, qui ont été victimes d'une stigmatisation et d'une maltraitance importantes, se méfient du système de soins de santé, d'où l'importance de les traiter avec respect et dans leur globalité dans un environnement centré sur le patient.



La pratique n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle à cette étape-ci, mais les témoignages, les mesures des programmes à l'interne et les observations donnent à entendre que les résultats sont très positifs.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme d'infirmier du centre de santé Sherbourne n'a pas été adapté à partir d'une autre province ou d'un autre territoire et n'a pas été mis en place ailleurs. Néanmoins, cette pratique pourrait théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^{re} Laura Pripstein
Titre : Directrice médicale
Organisme : Sherbourne Health Centre
Téléphone : 416-324-5064
Dernière mise à jour : Le 14 juin 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Autres :

Sherbourne Health Centre. (sans date). *Infirmery program referral guide 2009/2010*. Extrait de :
<http://www.sherbourne.on.ca/PDFs/inf-guide/referralguide.pdf>

Association of Family Health Teams of Ontario. (6 décembre 2012). Sherbourne and North York FHTs honoured for their work by Cancer Quality Council of Ontario. [Communiqué de presse]. Extrait de :
<http://www.afhto.ca/news/sherbourne-and-north-york-fhts-honoured-for-their-work-by-cancer-quality-council-of-ontario/>

Goar, C. (25 avril 2013). Sherbourne Health Centre improves cancer care for Toronto's homeless. *Toronto Star*. Extrait de :
http://www.thestar.com/opinion/commentary/2013/04/25/sherbourne_health_centre_improves_cancer_care_for_torontos_homeless_goar.html

Cancer Quality Council of Ontario. (sans date). *Award recipients 2012*. Extrait de :
<http://www.cqco.ca/cms/One.aspx?portalId=89613&pageId=253500>

External Source: <http://www.sherbourne.on.ca/programs/infirmery.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Le fournisseur de soins primaires en santé musculo-squelettique

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice se penche sur le problème des temps d'attente pour les aiguillages vers les chirurgiens orthopédistes et les neurochirurgiens en introduisant une évaluation par un chiropraticien dans le processus.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les patients qui souffrent de lombalgies chroniques et récurrentes et qui ne réagissent pas aux soins médicaux usuels constituent un défi particulier pour les médecins de famille et pour le système de soins de santé. Ils sont désignés comme la raison la plus courante pour les aiguillages vers les chirurgiens orthopédistes et les neurochirurgiens. La cause anatomique précise des maux de dos est souvent très difficile à définir et les patients qui ont une cause sous-jacente bien distincte ne représentent qu'un petit pourcentage. La plupart des patients qui sont aux prises avec une lombalgie s'améliorent à l'aide d'une gestion conservatrice et n'ont pas besoin d'une imagerie avancée. Les soins conservateurs fondés sur des données probantes pour la plupart des patients qui souffrent d'une lombalgie sont axés sur l'éducation du patient, la promotion de l'activité physique et l'exercice thérapeutique. Différentes lignes directrices prévoient également des analgésiques ainsi que d'autres stratégies de gestion de la douleur, comme les soins manuels.

Des modèles de collaboration interprofessionnelle qui font appel à des chiropraticiens sont actuellement en place dans plusieurs milieux de soins de santé primaires en Ontario. En 2011-2012, l'Ontario Chiropractic Association s'est unie au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ainsi qu'à d'autres intervenants externes afin de concevoir, de mettre en place et d'évaluer un rôle de chiropraticien conseil en soins primaires. Le projet s'inscrivait dans l'initiative du MSSLD destinée à aborder les obstacles à la prestation de soins pertinents et de grande qualité pour les lombalgies en Ontario.

Le modèle de soins mis à l'essai comportait une évaluation clinique pour les patients qui souffraient d'une lombalgie dans quatre cabinets de médecins de famille de l'Ontario. Un chiropraticien procède à une évaluation de 30 minutes auprès d'un patient atteint d'une lombalgie diagnostiquée qui est orienté par le fournisseur de soins primaires. Le médecin de famille, en collaboration avec le chiropraticien et le patient, détermine le plan de soins. Selon l'évaluation, le médecin reçoit des conseils et de l'aide afin de prendre une décision, puis il y a un transfert inhérent des connaissances entre les fournisseurs.

RÉPERCUSSIONS :

Ce projet pilote a pour objectif de tester la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité de ce modèle de soins dans le contexte de l'Ontario. Une approche axée sur une méthode mixte a été adoptée, y compris des entrevues semi-structurées, des sondages sur la concordance des lignes directrices liées à la pratique clinique ainsi que des enquêtes de réflexion parmi les chiropraticiens et les médecins. Des données ont été recueillies auprès des patients à l'aide d'un questionnaire fondé sur une échelle graduée de la douleur chronique, de notes cliniques et du sondage sur la satisfaction des patients réalisé après chaque visite.

Ces démarches ont révélé que le chiropraticien conseil semblait exercer une influence sur les décisions que prenaient les médecins de famille quant à la gestion des cas de lombalgie. De façon plus précise, le chiropraticien avait une influence sur les décisions des médecins qui portaient sur la pertinence d'une imagerie avancée ou d'un aiguillage vers un spécialiste ainsi que sur la compréhension, par les médecins, des stratégies d'autogestion et d'éducation destinées aux patients. Tout porte à croire que les médecins bénéficiaient du transfert des connaissances puisqu'ils déclaraient être mieux outillés pour gérer des cas similaires à l'avenir.



La plupart des fournisseurs et des patients participants se sont dits très satisfaits de ce modèle de soins. La satisfaction des patients atteignait 94 %. La satisfaction des fournisseurs était encore plus grande puisque tous les médecins questionnés faisaient allusion à l'importance d'orienter leurs patients souffrant d'une lombalgie vers la clinique d'évaluation. La clinique était utile dans le sens où elle permettait aux patients d'obtenir un accès et un diagnostic plus rapidement. De plus, la plupart des fournisseurs de soins primaires considéraient que l'évaluation et la gestion des patients qui présentaient une lombalgie dans la clinique étaient d'une qualité supérieure.

La participation au programme a procuré aux médecins les avantages suivants :

- une plus grande assurance pour évaluer et gérer les patients atteints d'une lombalgie;
- une meilleure connaissance de l'aiguillage pertinent des patients souffrant d'une lombalgie vers une imagerie ou un spécialiste (ce qui peut expliquer la diminution des orientations vers l'imagerie et les spécialistes);
- une meilleure détermination et gestion des variables psychosociales pour les patients qui sont aux prises avec une lombalgie;
- une meilleure connaissance et compréhension du rôle que l'exercice et l'activité physique peuvent jouer pour gérer les patients qui souffrent d'une lombalgie.

Les chiropraticiens ont également déclaré avoir amélioré leurs connaissances sur la gestion des médicaments pour les patients atteints d'une lombalgie.

Les résultats de ce projet montrent que le triage et la gestion efficaces des patients souffrant d'une lombalgie par différents professionnels en soins de santé primaires peuvent contribuer à la satisfaction des fournisseurs et des patients et améliorer la gestion des patients qui souffrent d'une lombalgie par le système de santé.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce programme était une conception originale qui ne reposait sur aucun modèle en place.

Des négociations sont en cours afin d'élargir la deuxième phase du projet dans le but d'aller plus loin que la phase d'essai et d'étendre le programme dans plusieurs milieux. Le modèle chiropratique orienté sur la consultation collaborative créé dans le cadre de ce programme peut être facilement mis en application dans les autres provinces et territoires qui désirent introduire un fournisseur de soins primaires en santé musculo-squelettique dans le contexte des soins de santé primaires.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Andrea Prashad
Titre : Gestionnaire des politiques de santé
Organisme : Ontario Chiropractic Association
Courriel : aprashad@chiropractic.on.ca
Téléphone : 416-860-7188
Dernière mise à jour : Le 9 avril 2013

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

Publications :

Rogers, J. (30 avril 2012). Consulting chiropractor role in primary care demonstration project [résumé]. Toronto: Centre for Effective Practice. Extrait de : <https://d2oovpv43hgkeu.cloudfront.net/Collaboration/Primary-Care-Demonstration-Project-Executive-Summary-April-30-2012.pdf>

Ontario Chiropractic Association. (s.d.). Consulting chiropractic role in primary care demonstration project. Extrait de : <https://d2oovpv43hgkeu.cloudfront.net/Collaboration/OCA-Demonstration-Project-Cover.pdf>

Autre :

Prashad, A. (2012). Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé.



External Source: <http://www.chiropractic.on.ca/HealthPolicy/interprofessional-collaboration/research-and-projects.aspx>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Des soins intégrés pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à donner aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave et persistante un accès à des équipes de soins intégrés.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En septembre 2011, deux équipes de soins intégrés ont été créées sur l'île de Vancouver afin d'aider les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante à passer des gestionnaires de cas et des psychiatres, qui offrent des services secondaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, à un médecin de famille, qui surveille le traitement de la santé mentale du client dans le milieu de soins de santé primaires avec l'aide de collègues d'une équipe de soins intégrés. Cette initiative visait principalement à diminuer la stigmatisation, à favoriser l'échange de connaissances entre les psychiatres ou les gestionnaires de cas et les médecins de famille, à accroître la confiance qui s'installe entre les clients et les médecins de famille qui s'efforcent de surmonter ensemble les difficultés de la santé mentale et à accroître la capacité du système de santé mentale secondaire de se concentrer sur les patients qui ont besoin d'un soutien spécialisé en santé mentale. Le financement d'une durée limitée de ce projet pilote a été assuré par le ministère de la Santé.

Un groupe de travail composé de médecins œuvrant dans les domaines des soins primaires et secondaires, de représentants des familles et des patients, de gestionnaires et de membres du personnel de première ligne a été formé afin de concevoir le modèle et de le mettre sur pied. Des réunions ont eu lieu chaque semaine afin d'élaborer la structure et le processus du programme. Dans le modèle, chaque équipe de soins intégrés est constituée d'un psychiatre, d'une infirmière gestionnaire de cas, du client et du médecin de famille qui travaillent en étroite collaboration afin que le transfert de soins soit réussi. Le psychiatre et l'infirmière gestionnaire de cas évoluent dans un milieu communautaire séparé des services secondaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie afin de favoriser des liens plus étroits avec les médecins de famille et d'assurer un soutien et un partage des connaissances continus.

RÉPERCUSSIONS :

La réussite du programme au cours du projet pilote a permis d'obtenir un financement continu de la Vancouver Island Health Authority. Les commentaires des patients, des clients, des membres du personnel et des omnipraticiens ont été recueillis régulièrement à l'aide de sondages et de groupes de discussion afin d'évaluer le programme mis sur pied. L'utilisation par les clients des services d'interventions médicales et psychiatriques d'urgence et des unités de soins psychiatriques pour malades hospitalisés faisait l'objet d'un suivi. Une évaluation continue et des mesures des résultats sont également élaborées et suivies. De plus, un cadre d'évaluation complet qui est en cours de mise au point pour le programme sera bientôt mis en place.

Entre les mois de septembre 2011 et de mars 2012, les résultats liés à l'utilisation du programme ont pris la forme de 113 nouveaux aiguillages vers les deux unités de soins intégrés et de 55 admissions. Le programme compte actuellement 42 clients. En ce qui concerne les congés, il y a eu huit congés de retour vers un médecin généraliste, quatre congés de retour vers un centre de santé mentale (deux cas avaient besoin d'un service et deux demandes provenaient des clients) et un congé vers un autre programme de santé. Selon les résultats des sondages, le degré de satisfaction à l'égard du programme était important à tous les niveaux, tant de la part des clients et des médecins que des membres du personnel. Les clients considéraient leur orientation vers l'équipe comme une preuve de leurs progrès vers leur rétablissement. Ils se sentaient moins stigmatisés et plus aptes à gérer leurs soins eux-mêmes. Les clients ont souligné l'intervention rapide de l'infirmière de l'équipe de soins intégrés comme étant un facteur crucial pour prévenir une rechute, car elle a communiqué sans tarder avec le client et le médecin de famille. Dans l'ensemble, les médecins de famille se disaient satisfaits de leurs compétences pour collaborer avec ces clients et de la participation des autres membres de l'équipe de soins intégrés. Le projet pilote a également



révélé une légère diminution du nombre de contacts avec les services d'urgence : un client de l'équipe de soins intégrés a été en contact avec un service d'urgence pour des questions médicales.

Dans les premiers temps, l'adoption du programme a été plus lente que prévu en raison des préoccupations suscitées par le fait que le service était offert dans le cadre d'un projet pilote, des craintes ressenties par les gestionnaires de cas à l'égard de l'accroissement du nombre de cas aigus une fois que les patients stables passeraient à la prochaine étape et de la méconnaissance de ce nouveau modèle de soutien. De toute évidence, une communication continue et claire entre les services de soins secondaires et primaires est indispensable à la réussite d'un projet de ce genre.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Comme le programme permet à chaque zone locale d'adapter le modèle en fonction de ses besoins, ce modèle de soutien peut très facilement être mis en application et transféré dans une autre région où les responsables des programmes de santé mentale désirent accroître les soins intégrés entre les services de santé mentale secondaires et les médecins de premier recours.

Les enseignements de ces deux équipes de soins intégrés sont utilisés pour la création de deux nouvelles équipes de soins intégrés qui seront mises sur pied dans un milieu plus rural au centre et dans le nord de l'île de Vancouver.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : John Braun
Titre : Directeur de la gestion de cas, Services institutionnels et de réadaptation
Organisme : Vancouver Island Health Authority
Courriel : john.braun@viha.ca
Téléphone : 250-370-8562
Dernière mise à jour : Le 10 avril 2013

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

Autre :

Braun, J. (2012). Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national sur les soins de santé intégrés du Conseil canadien de la santé.



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Strong and Steady Falls Prevention Program (des personnes âgées fortes et stables – programme de prévention des chutes)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU :

Cette pratique innovatrice vise à faire la prévention des chutes en offrant aux aînés des activités progressives, adaptées individuellement et appropriées à leur milieu afin d'améliorer l'équilibre et la force physique.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En novembre 2009, le Réseau local d'intégration de services de santé (RLISS) de Mississauga-Halton a attribué un financement pour les hôpitaux au sein de la région dans le cadre de la stratégie « Vieillir chez soi » du gouvernement de l'Ontario afin d'élargir un programme de prévention des chutes en place dans un hôpital en vue de l'appliquer à plusieurs hôpitaux de la région. Le programme élargi, intitulé *Strong and Steady* (des personnes âgées fortes et stables), en activité depuis février 2010, offre un programme d'exercice et d'éducation d'une durée de six semaines (avec deux séances de deux heures par semaine) aux personnes âgées en perte d'autonomie de la collectivité qui ont fait des chutes ou qui sont à risque de faire des chutes.

Dans un hôpital, grâce à un partenariat innovateur, le programme était offert dans un centre communautaire local et un programme d'exercice de suivi, intitulé *Stronger and Steadier* (des personnes âgées plus fortes et plus stables), a été créé et est offert par le centre communautaire aux diplômés du programme *Strong and Steady*. L'élan suscité pour ce partenariat visait à accroître la probabilité que les personnes âgées participantes renforceraient leur engagement envers l'activité physique et maintiendraient leurs acquis découlant du programme de six semaines.

Le programme combiné offert par Trillium Health Partners, l'Hôpital de Mississauga (*Strong and Steady*) et la Ville de Mississauga, Services des loisirs et des parcs (*Stronger and Steadier*), illustre la façon dont l'intégration des services spécialisés actuels en gériatrie avec les partenaires de la collectivité peut accroître la durabilité des acquis. Mettant à profit les pratiques exemplaires et ayant recours à une équipe interprofessionnelle, le programme comporte des consultations en cliniques et individuelles, l'établissement d'objectifs, un programme d'enseignement, une formation sur l'équilibre et la force physique et des liens avec les services communautaires, notamment des activités de sensibilisation et des consultations à domicile ainsi que des programmes d'activité physique à but thérapeutique tels que le programme *Stronger and Steadier*.

RÉPERCUSSIONS :

Le programme a été évalué à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives, avec une collecte de données à la fin du programme, ainsi que trois mois et six mois après la participation au programme. La valeur d'un partenariat communautaire visant à favoriser les résultats des participants et à accroître la durabilité a également fait l'objet d'un examen.

Les mesures des résultats du programme *Strong and Steady* comprennent l'échelle d'équilibre de Berg, la réduction des chutes, l'accroissement des connaissances des participants à propos de la prévention des chutes et l'accroissement des niveaux d'activité physique récréative mesurés à l'aide de Phone FITT. Les résultats liés à l'activité physique récréative se sont accrus considérablement du début jusqu'à la fin du programme ainsi que trois mois et six mois après la participation au programme ($p=0,005$), et il y a eu une diminution importante de la fréquence des chutes à l'achèvement du programme et après la participation au programme comparativement au début.

Les résultats des sondages de rétroaction des participants et des groupes de discussion sont conformes aux données quantitatives et ont permis de donner un aperçu quant à l'efficacité des éléments du programme pour ce qui est de faciliter



l'activité physique récréative et de réduire les obstacles au maintien des niveaux d'activité physique. Parmi les leçons retenues, mentionnons les avantages liés au fait que les deux programmes se trouvent au même emplacement avec un calendrier et des coûts similaires ainsi que les liens solides quant au contenu des programmes. Les participants qui ne demeuraient pas à proximité du centre communautaire ont indiqué la nécessité d'offrir d'autres programmes de nature semblable dans leur quartier. La participation au programme *Stronger and Steadier* a permis à certaines personnes âgées d'être actives physiquement et de maintenir leur activité, alors qu'elles ne l'étaient pas.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme *Stronger and Steadier* est maintenant offert par deux centres communautaires différents et un troisième offre une version aquatique du programme. Théoriquement, ce modèle peut être transféré à n'importe quelle région.

Pour les planificateurs de soins de santé et les administrations intéressés à adapter cette pratique, un partenariat avec le centre communautaire local accroît considérablement la réussite du programme de prévention des chutes en milieu hospitalier. Il offre un service exceptionnel à une grande diversité de personnes âgées atteintes de diverses maladies chroniques qui ont eu une incidence sur leur activité physique. La réussite de ce modèle a entraîné l'élaboration d'autres programmes de suivi communautaires, et l'on reproduit maintenant ce modèle dans le cadre d'autres programmes de prévention des chutes au sein du RLISS.

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ DES SOURCES ET DES SITES WEB PERTINENTS SUIVANTS :

McKye, A. et Bernick, L et coll. Contenu extrait de la présentation d'un résumé lors du Symposium national sur les soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

http://www.trilliumhealthcentre.org/programs_services/seniors_health_services/documents/Falls_Prevention_29-08-11.pdf

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Anne McKye
Titre : Ergothérapeute, Services de santé aux aînés
Organisme : Trillium Health Partners
Courriel : anne.mckye@trilliumhealthpartners.ca
Numéro de téléphone : 905-848-7580, poste 2520
Dernière mise à jour : 16 avril 2013



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Readmission Reduction Program through Payment Systems (programme de réduction des réadmissions à l'aide de systèmes de paiements aux États-Unis)

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à diminuer les taux de réadmission dans les hôpitaux en changeant le système de paiements préétablis pour les malades hospitalisés.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les réadmissions dans les hôpitaux en Amérique du Nord font l'objet d'une attention grandissante, car elles sont une source de soins de piètre qualité et de dépenses excessives qui peuvent être corrigés pour la plupart. Selon une étude réalisée aux États-Unis en 2009, près de 20 % des bénéficiaires du régime Medicare sont hospitalisés de nouveau dans les 30 jours qui suivent leur congé à un coût annuel qui se chiffre entre 15 et 25 milliards de dollars.

En 2012, l'*Affordable Care Act* (ACA) aux États-Unis a été modifié lorsqu'un nouvel article, qui instaurait le Hospital Readmissions Reduction Program, a été ajouté au *Social Security Act*. Cette modification exige que les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) diminuent les paiements aux hôpitaux qui utilisent le système de paiements préétablis pour les patients hospitalisés et qui ont des réadmissions excessives. Ce changement est entré en vigueur pour les congés d'hôpitaux le 1^{er} octobre 2012.

Dans la dernière règle qui visait le système de paiement préétablis pour les patients hospitalisés au cours de l'exercice 2012, les CMS ont mis la dernière main aux mesures liées aux réadmissions pour un infarctus aigu du myocarde, une insuffisance cardiaque ou une pneumonie. Ils ont également mis au point une méthode de calcul pour les ratios de réadmissions excessives. Ces ratios serviront, en partie, à calculer le rajustement des paiements pour les réadmissions dans le cadre du Hospital Readmissions Reduction Program. Les CMS ont défini la réadmission comme une admission dans un hôpital dans les 30 jours qui suivent un congé du même hôpital ou d'un autre hôpital. Les ratios de réadmissions représentent le rendement lié aux réadmissions d'un hôpital par rapport à la moyenne nationale pour les patients des hôpitaux qui souffrent d'un infarctus aigu du myocarde, d'une insuffisance cardiaque ou d'une pneumonie. Les CMS ont instauré une politique qui consiste à se servir de la méthode de rajustement en fonction des risques approuvée par le National Quality Forum pour calculer ces ratios de réadmissions excessives. Le ratio de réadmissions excessives est rajusté selon des facteurs cliniques pertinents, comme les caractéristiques démographiques des patients, les comorbidités et la fragilité. Enfin, les CMS ont pour politique d'utiliser les données sur les congés pendant une période de trois ans et au moins 25 cas pour calculer le ratio d'admissions excessives d'un hôpital pour chaque pathologie pertinente. Pour l'exercice 2013, le ratio de réadmissions excessives est fondé sur les congés qui ont été accordés pendant la période de trois ans qui s'étend du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2011.

Même si la pénalité maximale est fixée à 1 % pour 2013, et qu'elle finira par atteindre 3 % des paiements versés à un hôpital par le régime Medicare, la mise en place par les CMS diminue les pénalités potentielles dans leur ensemble à seulement 0,2 % des paiements versés par le régime Medicare à l'échelle nationale en 2013. Les paiements aux hôpitaux qui ont des taux de réadmission inférieurs à la moyenne pour les trois pathologies resteront inchangés. Par la suite, les CMS prévoient étendre ce programme de manière à inclure d'autres diagnostics courants pour lesquels les réadmissions peuvent théoriquement être évitables, ce qui présentera des avantages financiers très importants.

RÉPERCUSSIONS :

Dans le cadre du Hospital Readmissions Reduction Program, les CMS ont estimé que pour l'exercice 2013, les paiements



versés par le régime Medicare pour le fonctionnement du système de paiements préétablis pour les patients hospitalisés diminueront dans l'ensemble d'environ 300 millions de dollars (ou 0,3 %).

Les données des CMS montrent qu'environ 2 200 hôpitaux s'exposent à une pénalité au cours de l'exercice 2013 et que plus de 270 d'entre eux devront payer la pénalité maximale de 1 % pour l'exercice 2013 (plus de 12 %). Les CMS ont déclaré, dans la dernière règle communiquée en août 2012, que le programme devrait engendrer une diminution de 280 millions de dollars en paiements versés aux hôpitaux.

Le 28 février 2013, Jonathan Blum, des CMS, administrateur associé principal par intérim et directeur du Center for Medicare, a informé le comité des finances du Sénat que le taux de réadmissions dans les hôpitaux dans les 30 jours pour toutes les causes confondues a chuté à 17,8 % au cours du dernier trimestre de 2012 après s'être situé en moyenne à environ 19 % au cours des cinq dernières années.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La politique des pénalités pour les réadmissions des CMS a attiré l'attention des hôpitaux et inspiré des approches similaires parmi d'autres payeurs, tandis que les taux de réadmissions sont devenus un marqueur de qualité dans les programmes d'établissement de rapports destinés au public. Cette pratique novatrice a toutefois des limites. À titre d'exemple, les hôpitaux ne peuvent pas apporter de correctifs supplémentaires liés aux données sous-jacentes des allégations ni ajouter de nouvelles allégations à l'extrait de données utilisé pour calculer les ratios pendant les processus d'examen et de correction. La pratique ne prévoit pas non plus de récompenses pour les hôpitaux qui s'améliorent.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jonathan Blum
Titre : Administrateur associé et directeur
Organisme : Center for Medicare
Courriel : Jonathan.Blum@cms.hhs.gov
Téléphone : 202-690-6301 DC | 410-786-4164 Baltimore

Dernière mise à jour : Le 8 avril 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Publication :

- Berenson, R.A., Paulus, R.A. et Kalman, N.S. (2012). Medicare's readmissions-reduction program—A positive alternative. *New England Journal of Medicine*, 366, 1364–1366. Extrait de : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1201268>

Autre :

- Dorland Health. (17 avril 2013). Improving medication management, reducing readmissions [webinaire]. http://www.dorlandhealth.com/webinars/Medication_Management_Reducing_Readmissions/#about

External Source:

<http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire (Community Stroke Rehabilitation Team)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette initiative novatrice vise à faciliter le rétablissement fonctionnel et la réintégration des patients dans la collectivité après un accident vasculaire cérébral à l'aide de services de réadaptation. La pratique a été lancée par le réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS du Sud-Ouest), en Ontario, le 1^{er} avril 2009, avec trois équipes de collaboration composées chacune de huit membres.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : « À son congé de l'hôpital, le survivant d'un AVC doit pouvoir avoir accès à des soins et des services de réadaptation post-AVC spécialisés qui répondent à ses besoins. » Une analyse des lacunes réalisée en 2007 a révélé que seulement 14,5 % des patients en phase aiguë dans le RLISS du Sud-Ouest avaient eu accès à des services de réadaptation communautaires ou ambulatoires. Les hôpitaux et les partenaires communautaires ont uni leurs forces afin de combler cette carence en concevant un programme qui aiderait les patients à poursuivre leur rétablissement fonctionnel et leur réadaptation post-AVC et à réintégrer la collectivité.

Un groupe consultatif composé de représentants des hôpitaux, des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et des réseaux contre les AVC a conçu une approche axée sur des équipes spécialisées affiliée au programme de réadaptation et au centre de district de soins d'AVC, qui confie la transition initiale sécuritaire de l'hôpital à la maison au CASC. En juin 2008, le RLISS du Sud-Ouest, dans le cadre de l'initiative Vieillir chez soi, a confirmé un financement pour les trois équipes de réadaptation post-AVC en milieu communautaire spécialisées qui offrent des traitements dans différents milieux, y compris à domicile, pour les adultes qui se remettent d'un AVC. En travaillant en étroite collaboration avec le CASC et les fournisseurs de soins primaires, les équipes de réadaptation post-AVC en milieu communautaire prodiguent des soins intégrés et individualisés pour les survivants d'un AVC dans la collectivité. Les services sont offerts depuis le début de 2009.

Trois équipes de réadaptation post-AVC en milieu communautaire ont été formées dans le but d'offrir des services de réadaptation communautaire post-hospitaliers.

Les membres de l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire travaillent en collaboration avec les fournisseurs de services dans la collectivité afin de s'assurer que les clients reçoivent les traitements, les renseignements et le soutien dont ils ont besoin pour vivre de façon autonome. L'équipe évalue les clients qui ont été victimes d'un AVC et formule des recommandations afin de les amener à adopter un mode de vie sain dans le but de réduire les risques de subir un autre AVC ou d'avoir un problème de santé grave. Chaque équipe est composée de huit membres : une infirmière autorisée, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un travailleur social, un spécialiste des loisirs thérapeutiques ainsi que des thérapeutes ou des animateurs en réadaptation qui apportent une expertise différente afin d'aider à réintégrer le patient dans la collectivité. Il s'agit d'une approche transdisciplinaire qui fait appel à des professionnels en réadaptation et à un personnel de soutien qui met en valeur au maximum les compétences partagées de chaque membre.

RÉPERCUSSIONS :

En 2011-2012, l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire a reçu 19 % des nouveaux clients victimes d'un AVC qui habitaient dans le RLISS du Sud-Ouest. Pour la période de 2012 à 2013, les trois équipes ont offert des services à plus de 400 nouveaux clients.



Une approche d'évaluation axée sur des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives) a été adoptée afin d'évaluer l'incidence de l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire en 2012. Les modifications à l'admission et au congé et les données de suivi pendant une période de six mois [mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), échelle des incidences des accidents vasculaires cérébraux (Stroke Impact Scale), échelle des troubles anxieux et dépressifs pendant l'hospitalisation (Hospital Anxiety and Depression Scale) et échelle de l'aide aux personnes soignantes (Caregiver Assistance Scale)] ont été analysées à l'aide de tests T jumelés. Des sondages et des entrevues ont été réalisés afin de recueillir les points de vue des clients, des soignants et des principaux intervenants.

Voici les premiers résultats de l'évaluation :

Quantitatifs : Des améliorations fonctionnelles statistiquement significatives ont été observées de l'admission au congé. Les clients ont déclaré avoir moins de symptômes de dépression et les soignants ont affirmé avoir offert moins d'aide. Toutes les améliorations se sont maintenues jusqu'aux rendez-vous pour un suivi après six mois.

Qualitatifs : L'équipe a atteint les objectifs pour les clients liés à une amélioration du rétablissement fonctionnel, à une réduction du fardeau des soignants et à une réintégration dans la collectivité. Les améliorations dans le système de santé comprenaient notamment l'évitement de soins de longue durée, l'amélioration de l'accès à la réinsertion dans la collectivité ainsi que la réduction des séjours à l'hôpital, des visites au service des urgences et des réadmissions dans les hôpitaux.

Incidence sur le système : Le roulement s'est amélioré dans l'ensemble, tandis que les responsables de l'un des programmes de réadaptation des patients hospitalisés affiliés ont noté une diminution de 32 % des jours où d'autres niveaux de soins ont été prodigués, une diminution de 18 % de la durée moyenne des séjours et une diminution de 44,9 % des jours d'attente pour être admis à la réadaptation. Un examen récent mené pendant quatre exercices (2008-2009 à 2011-2012) a montré une diminution de 27,8 % de la durée des séjours, qui sont passés de 43,1 jours en 2008-2009 à 31,1 jours en 2011-2012. Fait intéressant à noter, la durée écourtée des séjours n'a pas eu d'effets néfastes correspondants sur le changement de la mesure de l'indépendance fonctionnelle et le pourcentage de patients qui ont obtenu leur congé n'a pas diminué. Il y a eu une augmentation correspondante de 17,5 % dans les admissions. Comme la durée du séjour était plus courte, le programme de traitement des AVC pour les patients hospitalisés à Parkwood a pu accueillir un plus grand nombre de patients plus rapidement grâce à la venue de l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire, qui a permis de devancer les congés. Le temps d'attente amélioré s'est maintenu à une ou deux journées tout au plus.

À l'heure actuelle, une analyse de la base de données sur les équipes de réadaptation post-AVC en milieu communautaire est effectuée afin de mieux comprendre le service offert par les équipes et les résultats obtenus par les clients. D'autres analyses incluront tous les cas plutôt qu'un petit échantillon. Une analyse économique est également réalisée afin de déterminer les coûts et les économies liés à l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire. Le recrutement de 200 clients des équipes de réadaptation post-AVC en milieu communautaire est terminé, tandis que le recrutement des contrôles se poursuit.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire s'appuie sur les résultats d'un essai pilote réalisé en 2004 dont les résultats sont résumés dans le rapport final *Stroke Rehabilitation Pilot Project Southwestern Ontario, a Regional Stroke Rehabilitation System : From Vision to Reality*. Dans sa forme actuelle, l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire offre des services de réadaptation par des équipes spécialisées qui sont directement liés aux objectifs centrés sur le client. Ce modèle de services pourrait être transféré à une initiative d'intervention auprès des victimes de traumatismes crâniens ou de réadaptation gériatrique ainsi qu'à d'autres populations touchées par des maladies chroniques, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'insuffisance cardiaque congestive, dans ce réseau local d'intégration des services de santé et dans d'autres.

D'autres collectivités se sont montrées intéressées à adapter le modèle de l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire. Un projet pilote devrait commencer cette année dans le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant à l'aide d'un modèle similaire à l'équipe de réadaptation post-AVC en milieu communautaire.

Parmi les enseignements qui peuvent être utiles au moment d'adapter ou de reproduire ce modèle :

- Une base de données a permis aux équipes de collaboration de surveiller, d'évaluer et d'améliorer continuellement la prestation des services.
- Le soutien du réseau des soins de l'AVC a fourni des ressources, des renseignements et un transfert des connaissances sur les pratiques exemplaires.
- Il faut entretenir de bonnes relations avec les intervenants communautaires afin de faciliter des aiguillages pertinents et rapides.



PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : David Ure
Titre : Coordonnateur, Community Stroke Rehabilitation Team
Organisme : St. Joseph's Health Care, London
Courriel : david.ure@sjhc.london.on.ca
Téléphone : 519-685-4292, poste 42615

Dernière mise à jour : Le 26 avril 2013

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

- Ure, D. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

Publications

- Stroke Rehabilitation Pilot Project Southwestern Ontario:
http://strokenetworkseo.ca/public/pdf_docs/SWOntStrokeRehabPilotProjectfinal.pdf

Sites Web

- Community Stroke Rehabilitation Team – About Us:
<http://www.sjhc.london.on.ca/stroke-rehabilitation-programs/community-stroke-rehabilitation-team/about-us>
- Community Stroke Rehabilitation Team – How We Work:
<http://www.sjhc.london.on.ca/stroke-rehabilitation-programs/community-stroke-rehabilitation-team/how-we-work>

External Source: <http://www.sjhc.london.on.ca/stroke-rehabilitation-programs/community-stroke-rehabilitation-team>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Cliniques de soins primaires pour les troubles de la mémoire : Un modèle innovateur et intégré de soins afin d'améliorer la capacité et la qualité des soins de santé aux aînés en médecine familiale

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les médecins de premier recours devront répondre de plus en plus aux besoins en soins de santé d'une population vieillissante. Les aînés d'aujourd'hui qui sont atteints de maladies chroniques complexes reçoivent cependant des soins d'une qualité sous-optimale, ce qui entraîne des répercussions importantes concernant l'utilisation du système de santé et la qualité de vie de ces aînés et de leur famille. La démence a été qualifiée comme la maladie chronique la plus difficile à contrôler, et les données de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que la démence entraîne plus de 30 p. cent des hospitalisations pour autre niveau de soins (ANS). Ces données démontrent également que les coûts liés à l'hospitalisation pour ce groupe figurent parmi les plus élevés, soit 19 302 dollars par hospitalisation. Les interventions destinées aux maladies chroniques complexes sont, en règle générale, orientées par un spécialiste et mal intégrées à la prise en charge des soins primaires du patient.

La clinique de soins primaires pour troubles de la mémoire est un modèle innovateur établi en 2006 au Centre de médecine familiale – Équipe de santé familiale, à Kitchener, Ontario. La clinique a été mise sur pied afin de résoudre les inégalités des soins primaires pour la démence en offrant une clinique où le service visait à permettre une évaluation rapide et précise de la perte de mémoire chez les patients. Peu après, un programme de formation a été conçu afin d'aider d'autres équipes de santé familiale à établir leur propre clinique indépendante pour troubles de la mémoire.

La clinique de soins primaires pour troubles de la mémoire démontre que l'intégration des équipes interprofessionnelles dirigées par les médecins de famille peut renforcer le rôle des soins primaires afin de mieux contrôler la perte de mémoire attribuable à la démence. Cette approche comporte la possibilité d'améliorer les résultats cliniques et la coordination des soins, et d'assurer l'utilisation plus efficace des ressources du système et des spécialistes en gériatrie.

RÉPERCUSSIONS :

On a mené une évaluation mixte quantitative et qualitative des 15 cliniques à l'aide du modèle de clinique de soins primaires pour troubles de la mémoire. Cette évaluation comprenait des sondages sur la satisfaction des patients et des professionnels de la santé, des sondages pour évaluer les changements liés à la pratique auprès des participants aux programmes de formation, des vérifications des dossiers et des entrevues avec le personnel clinique et les patients.

Dans l'ensemble des cliniques, 582 patients ont été évalués sur une période de un à 35 mois. Ils ont été examinés en temps plus opportun (83 p. cent ont été examinés dans un délai de deux mois suivant le renvoi) que s'ils avaient été renvoyés à un spécialiste (dont le temps d'attente est généralement de six à huit mois). La majorité des patients ont reçu un diagnostic de déficit cognitif léger (27 %) ou de démence (40 %). Le taux de renvois pour une consultation chez un spécialiste était de seulement 9 p. cent, ce qui est conforme aux modèles idéaux de prise en charge des maladies chroniques et laisse entrevoir une capacité accrue en soins primaires pour la démence. Les patients et les aidants étaient satisfaits des soins prodigués de même que les médecins orienteurs, qui ont fait état d'une capacité accrue de prise en charge de la démence à la suite de la réduction du fardeau de soins cliniques grâce à l'accessibilité d'un soutien en matière de consultation interne. Les résultats ont été publiés dans des revues spécialisées évaluées par les pairs (Lee, L., et coll.).

Des vérifications indépendantes des dossiers menées par les gériatres ont permis de vérifier la qualité des soins. Parmi les changements liés à la pratique dont ont fait état les membres de la clinique, mentionnons l'utilisation accrue des outils



uniformisés ainsi que les connaissances et la confiance accrues à propos de l'évaluation et de la prise en charge de la démence.

Cette étude a démontré que les cliniques de soins primaires pour troubles de la mémoire constituent une stratégie efficace afin d'assurer l'accès en temps opportun à une évaluation de qualité et la prise en charge de la démence, avec des répercussions positives sur l'utilisation des services de santé et la qualité des soins pour la démence.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de clinique pour troubles de la mémoire peut être mis en œuvre dans d'autres compétences et peut être adapté aux ressources actuelles des équipes de santé familiale. À ce jour, des cliniques semblables pour troubles de la mémoire ont été mises sur pied dans 32 établissements de soins primaires du sud de l'Ontario.

De plus, le modèle interprofessionnel de soins et le programme de formation connexe peuvent être adaptés afin d'améliorer la prise en charge des soins primaires pour d'autres maladies chroniques complexes chez les aînés qui sont associées à l'utilisation élevée de façon disproportionnée des ressources en soins de santé.

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES SUIVANTES :

- Lee, L. Contenu extrait de la présentation d'un résumé lors du Symposium national sur les soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).
- Lee, L., et coll. *Enhancing dementia care: a primary care-based memory clinic*. Pub Med, octobre 2010.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977435>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Linda Lee
Organisme : Équipe de santé familiale du Centre de médecine familiale
Courriel : joelinda5@rogers.com
Numéro de téléphone : 519-783-0023

External Source: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977435>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Self-Advocacy For Everyone (SAFE) Toolkit (trousse d'autonomie pour tous)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Comme les autres systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux, celui du Manitoba est complexe. Certaines personnes peuvent être intimidées ou même angoissées par la perspective de devoir s'orienter parmi les services de soins de santé, et tout le monde a un rôle à jouer afin d'assurer la sécurité des patients. En août 2011, le Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS) a lancé la trousse d'outils pour la sécurité des patients Self-Advocacy For Everyone (SAFE). La trousse d'outils SAFE renferme des renseignements, des conseils et des ressources qui peuvent aider les gens à s'investir davantage dans leurs soins de santé. La trousse d'outils vise à :

- encourager la communication de messages communs clairs à la population et aux fournisseurs de soins de santé sur les sujets qui touchent à la sécurité des patients;
- procurer aux Manitobains une ressource sur la sécurité des patients;
- promouvoir une approche de la prestation des soins de santé qui incite les patients et les familles à devenir des membres clés de leur équipe de soins de santé.

La trousse d'outils SAFE comprend de l'information sur 13 sujets clés qui portent sur la sécurité des patients en versions abrégée et intégrale ainsi qu'un guide à l'intention des dirigeants. Les 13 sujets sont les suivants : connaître ses droits en tant que patient; se préparer pour une chirurgie; choisir son défenseur des droits des patients; prévenir les chutes; connaître son plan de soins de santé; connaître la marche à suivre en cas de préjudices; consulter son dossier médical; connaître les personnes-ressources liées à la sécurité des patients; parler à son médecin; connaître les étapes à suivre pour exprimer ses préoccupations; collaborer avec son pharmacien; se familiariser avec quelques définitions associées à la sécurité des patients; et se préparer en vue d'un séjour à l'hôpital.

La trousse d'outils SAFE est unique dans le sens où elle se concentre précisément sur les patients et où elle encourage les personnes à prendre en charge leurs soins de santé en les renseignant sur les 13 sujets susmentionnés. La trousse d'outils a été conçue dans le cadre de la phase 3 de l'initiative *It's Safe to Ask* (n'ayez pas peur de poser des questions) en collaboration avec le comité consultatif des patients du MIPS et plusieurs autres intervenants qui ont donné leurs impressions sur cet outil de sensibilisation et d'éducation du public. En outre, des représentants du conseil consultatif des aînés ont assisté à une séance avec un groupe de discussion dans le but d'examiner et d'améliorer le guide à l'intention des dirigeants de la trousse d'outils, qui sert à renseigner les meneurs éventuels sur le contenu et les ressources de la trousse et sur la procédure à suivre pour mettre sur pied des séances d'information publique. Le guide à l'intention des dirigeants a également l'avantage d'inciter un plus grand nombre de responsables à offrir aux Manitobains des séances et des discussions structurées sur des sujets qui touchent à la sécurité des patients. Le MIPS continue de faire connaître la trousse d'outils SAFE et de collaborer avec des groupes communautaires qui aimeraient sensibiliser la population à la sécurité des patients à l'échelle locale au Manitoba.

Une aide financière pour l'initiative *It's Safe to Ask*, qui a été le point de départ de la trousse d'outils, a été offerte par AstraZeneca, la Winnipeg Foundation, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba et la Manitoba Medical Service Foundation.

RÉPERCUSSIONS :

La trousse d'outils a été présentée lors de conférences organisées pour les coordonnateurs de ressources principaux des provinces et à l'occasion de la conférence de la Société Alzheimer. Le personnel a également fait des présentations pour des groupes de soutien communautaires, comme celui de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) dans la localité de Steinbach. Le personnel des services de santé travaillant dans les régions a incité les communautés à participer à des activités



sur la sécurité des patients qui sont associées à la trousse d'outils, comme des stands communautaires dans les centres commerciaux et les pharmacies, des conférences à l'heure du midi, des expositions sur la santé, des séances sur la sécurité des patients mobiles et des articles de journaux.

Comme cet outil a été mis en place depuis peu de temps, aucune évaluation officielle n'a été réalisée jusqu'à maintenant. Par contre, le blogue des patients sur la trousse SAFE contient plusieurs comptes rendus personnels et observations informelles sur l'utilité de certains sujets, notamment sur les thèmes qui invitent les gens à parler à leur médecin et à choisir leur défenseur des droits des patients. Les patients déclarent que le fait de présenter des éléments de la trousse d'outils SAFE à leur médecin pendant la consultation les aide à ne pas oublier leurs prochains rendez-vous, en plus de leur donner le sentiment d'avoir leur situation en main et de les encourager à poser des questions. Les cliniciens qui ont rencontré des patients qui se servent des renseignements contenus dans la trousse d'outils SAFE, comme la fiche sur les antécédents pharmaceutiques, trouvent le matériel utile, surtout lorsqu'il s'agit d'une première visite ou d'une consultation avec des patients de l'extérieur de la province.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des outils passablement similaires qui permettent de faire un bilan comparatif des médicaments sont en place un peu partout au Canada. Cela dit, ces outils s'adressent aux cliniciens, tandis que la trousse SAFE est centrée sur le patient. La trousse d'outils SAFE n'a pas été mise en œuvre ailleurs, mais elle peut probablement être transférée à d'autres compétences puisque les renseignements regroupés par sujet et le guide destiné aux dirigeants sont faciles à consulter. Pour assurer une mise en place réussie de cette innovation, le patient et la famille doivent s'investir de manière importante et les cliniciens doivent prendre l'initiative de les renseigner.

Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- Manitoba Institute for Patient Safety. (2011). *It's safe to ask: Self-Advocacy For Everyone (SAFE)*. <http://www.safetoask.ca/safetoolkit/index.html>
- *S.A.F.E Patients Blog*. (2013). http://www.mbips.ca/wp/safe_patients_blog/
- Manitoba Institute for Patient Safety. (2011). *Annual report 10/11*. <http://www.mbips.ca/wp/wp-content/uploads/2011/07/long-annual-report-web-version-final.pdf>
- Manitoba Institute for Patient Safety. (2012). *Annual report 11/12*. http://www.mbips.ca/wp/wp-content/uploads/2012/06/mips-annual_report-2011-2012.pdf
- Byrd, J. et Thompson, L. (2008). "It's Safe to Ask": Promoting patient safety through health literacy. *Healthcare Quarterly* 11, 91–94. Extrait de : <http://www.longwoods.com/content/19656>
- Colquhoun, M. (2006). *Medication reconciliation: The "new" GSK—What have we learned?* [notes d'exposé]
.
[http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/PreviousEvents/Documents/Medication%20Reconciliation%20and%20Surgical%20Site%20Infection%20\(2006\)/Session%203/The%20New%20Medication%20Reconciliation%20Getting%20Started%20Kit%20-%20What%20Have%20We%20Learned.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/PreviousEvents/Documents/Medication%20Reconciliation%20and%20Surgical%20Site%20Infection%20(2006)/Session%203/The%20New%20Medication%20Reconciliation%20Getting%20Started%20Kit%20-%20What%20Have%20We%20Learned.pdf)

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Dawn White
Titre : Conseillère
Organisme : Manitoba Institute for Patient Safety
Courriel : dwhite@mbips.ca
Téléphone : 204-927-6471

Dernière mise à jour : 21 mars 2013

External Source: <http://www.safetoask.ca/safetoolkit/index.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

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

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le projet BGSC est considéré comme une pratique novatrice qui simplifie le processus d'orientation au Manitoba.

Assurer un accès rapide à des soins de santé de qualité nécessite une coordination entre les professionnels de la santé ainsi que des outils de communication efficaces qui peuvent être utilisés facilement par les cliniques au jour le jour. 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. Le projet BGSC facilite une coordination plus rapide et plus pertinente entre les médecins de famille et les spécialistes. Cette initiative vise à simplifier le processus de consultation et d'orientation tout en veillant à ce que les patients soient aiguillés 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 plate-forme pour échanger des renseignements cliniques ainsi que des antécédents médicaux et pharmaceutiques avec une spécialité cible. 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.

Cette initiative d'une durée de deux ans comportait deux volets. 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).

RÉPERCUSSIONS :

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 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.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La transition de la première à la deuxième vague 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 communication avec une plus grande variété de spécialistes et que tous les sites avaient obtenu des résultats positifs dans l'ensemble grâce au logiciel. Bien qu'il existe des pratiques similaires aux États-Unis et au Royaume-Uni, le projet BGSC a un ensemble d'intrants novateurs et



des critères établis qui permettent d'offrir des traitements axés sur le patient. 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.

Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- 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>

PERSONNE-RESSOURCE :

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

Dernière mise à jour : 29 février 2013



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Le groupe de travail national sur les modèles de soins musculosquelettiques et la feuille de travail maîtresse de l'Alliance de l'arthrite du Canada

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Comme les maladies musculosquelettiques sont très variées et onéreuses, une multitude de modèles de soins ont été proposés et adoptés un peu partout au Canada afin de répondre à un besoin pour des soins plus ciblés. Par contre, l'émergence d'un si grand nombre de modèles a rendu les pratiques moins efficaces et a engendré la nécessité de suivre une approche plus systématique de la prestation des soins de santé. De nombreux intervenants dans le domaine des soins de santé, dont l'Alliance de l'arthrite du Canada et l'Association canadienne d'orthopédie, ont formé un groupe de travail afin d'échanger des connaissances et de discuter de la portée des modèles de soins musculosquelettiques proposés aux quatre coins du pays. Le groupe de travail vise à déterminer l'importance et l'applicabilité des modèles de soins pour le traitement des maladies musculosquelettiques et à concevoir un cadre stratégique fondé à la fois sur des données probantes et sur le consensus. Ce cadre permettra aux professionnels de la santé de l'ensemble du Canada de privilégier les modèles de soins les plus efficaces.

Créé en 2011, le groupe de travail sur les modèles de soins musculosquelettiques s'est réuni régulièrement cette même année. La première rencontre a été capitale pour déterminer l'importance des modèles de soins dans le traitement des maladies musculosquelettiques et pour rallier les principaux dirigeants nationaux. Le groupe de travail a eu comme première tâche de parvenir à une compréhension commune des modèles de soins existants et à une entente sur l'importance des modèles de soins pour le traitement des maladies musculosquelettiques. Après avoir obtenu le soutien des principaux dirigeants nationaux, le groupe a concentré ses efforts sur l'établissement des critères systématiques pour élaborer le cadre. Le cadre fondé sur le consensus a ensuite été validé avant d'être approuvé par le gouvernement fédéral à l'échelle nationale.

RÉPERCUSSIONS :

Le groupe de travail a eu du mal à élaborer le cadre compte tenu de l'abondance des modèles de soins existants et des lacunes actuelles qui sont liées à la prestation des soins de santé. Le groupe a néanmoins réussi à établir les critères de base pour le cadre et à obtenir un soutien à l'échelle nationale afin de créer le cadre et d'en vanter les mérites. Les intervenants ont réussi à concevoir un cadre fondé sur des données probantes qui a mené à la création d'une feuille de travail maîtresse. La feuille de travail maîtresse aide les concepteurs de modèles à évaluer l'exhaustivité des modèles de soins, à suggérer des améliorations et à évaluer l'état de préparation pour prendre de l'expansion. Elle indique également les principales composantes d'un modèle de soins réussi que les médecins peuvent utiliser pour créer leurs propres modèles personnalisés.

Soumise à un essai en avril 2012, la feuille de travail a suscité des commentaires positifs de la part d'experts qui possèdent de l'expérience avec l'utilisation et la conception de modèles de soins. La feuille de travail met en évidence des étapes comme procéder à une évaluation des besoins de la population, créer des partenariats locaux et s'assurer que le modèle de soins soit fondé sur des données probantes. Cette ressource contient également des conseils pour employer un langage commun et pour aborder les liens entre la qualité, l'accès et les coûts.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Plusieurs groupes de travail européens, par exemple d'Italie et d'Espagne, se penchent sur les blessures musculosquelettiques, mais ces initiatives touchent à la santé au travail et ne s'attardent pas aux modèles de soins. D'autres intervenants, comme le groupe de travail sur la rhumatologie pédiatrique du réseau musculosquelettique d'Australie, se concentrent sur une maladie plus particulière répertoriée dans une région donnée plutôt que dans le pays tout entier. Le groupe de travail national sur les modèles de soins musculosquelettiques du Canada est le premier groupe à avoir adopté une approche nationale pangouvernementale afin d'améliorer la coopération et la coordination dans le but d'assurer une prestation optimale des soins



musculosquelettiques. La feuille de travail maîtresse conçue par ce groupe peut être utilisée pour la planification, l'élaboration ou l'évaluation formative des modèles de soins proposés à l'échelle locale, provinciale ou territoriale et nationale. Elle peut également servir à déterminer la pertinence de diffuser de l'information sur des modèles de soins particuliers.

Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- National Musculoskeletal Models of Care Working Group. (automne 2012). *Tool for developing and evaluating models of care.* http://www.arthritisalliance.ca/docs/bod/201211272330_moc_EN.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

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Cyril B. Frank
Titre : Responsable, groupe de travail sur les modèles de soins
Organisme : L'Alliance de l'arthrite du Canada
Courriel : cfrank@ucalgary.ca
Téléphone : 403-220-6881

Dernière mise à jour : 4 mars 2013

External Source:

http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

OsteoArthritis Service Integration System (OASIS) (système d'intégration des services de lutte contre l'arthrose)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Avant 2006, les patients qui souffraient d'arthrose en Colombie-Britannique avaient difficilement accès à des ressources globales qui suggéraient des options de traitement, des services communautaires et des personnes-ressources intéressants pour faciliter leur rétablissement. En 2006, la Vancouver Coastal Health Authority a invité de nombreux intervenants de la santé à participer à une nouvelle initiative appelée OsteoArthritis Service Integration System, ou OASIS, afin d'aborder la fragmentation des services de lutte contre l'arthrose offerts aux patients qui n'ont pas subi de chirurgie et les pressions engendrées par les temps d'attente. L'initiative OASIS propose une approche mieux coordonnée à l'égard des soins qui permet, en bout de ligne, de donner aux patients qui souffrent d'arthrose : 1) un accès avancé à une consultation avec une équipe interprofessionnelle suivi par 2) un accès à des programmes communautaires ciblés ou à une consultation en vue d'une intervention chirurgicale au besoin et par 3) des plans d'action pour une prise en charge personnelle sur mesure. L'équipe interprofessionnelle, qui est composée de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététistes et d'infirmières, veille activement à faire en sorte que les plans d'action soient mis en place convenablement. Cette initiative, qui relie tous les services de lutte contre l'arthrose existants dans une liste de services communautaires interrogeable, fait appel à un logiciel électronique pour améliorer la coordination entre les professionnels de la santé. Par ailleurs, elle augmente l'accès aux soins en accélérant le système d'orientation et en intégrant mieux l'interface médicale électronique aux pratiques quotidiennes. Le système électronique, qui suit également les progrès et les commentaires des utilisateurs sur l'initiative OASIS, sert de plateforme pour échanger des documents et stocker des renseignements cliniques.

Un autre élément clé de l'initiative OASIS est l'importance accordée à la formation et à l'éducation. La Vancouver Coastal Health Authority a conçu de nombreux documents éducatifs pour les patients sur la prévention de l'arthrose, les statistiques, les traitements, les services offerts et la prise en charge personnelle. Ces documents ont été traduits notamment en pendjabi et en cantonais afin d'accroître davantage l'accès aux soins. De plus, des séances d'éducation communautaires amorcées en 2006 sont encore données à différents endroits. Ces séances prévoient des discussions sur la gestion du poids, la saine alimentation, l'activité physique et la gestion de la douleur. L'initiative OASIS est maintenant un programme bien intégré au sein de la Vancouver Coastal Health Authority.

Le programme OASIS peut aider des millions de Canadiens atteints d'arthrose. Les statistiques montrent que l'arthrose est la deuxième catégorie de maladies la plus onéreuse au Canada et que 10 % des patients qui en sont affligés ont des douleurs très intenses. Le Canada pourrait connaître une augmentation de la prévalence de l'arthrose au cours de la prochaine décennie en raison du vieillissement de la population. Par conséquent, un programme qui vise la prévention, le traitement et la gestion de l'arthrose deviendra de plus en plus important pour limiter l'apparition et la progression de cette maladie.

RÉPERCUSSIONS :

Lorsque le programme OASIS a été lancé, seulement un petit nombre de médecins de famille et de chirurgiens prenaient part à l'initiative. En l'espace d'un an, plusieurs autres spécialités avaient rejoint les rangs. Depuis 2011, plus de 26 000 rencontres avec des clients ont été déclarées et plus de 36 000 aiguillages vers des services communautaires ont été recensés. Soixante-dix mille documents éducatifs ont été téléchargés à partir du site Web OASIS et plus de 600 services ont été inclus sur la plateforme. Bien que ces paramètres fassent l'objet d'un suivi dans le cadre du programme OASIS, il n'y a pas d'évaluation officielle ni de comptes rendus réguliers sur les progrès de cette pratique.

Des réussites ont été notées sur le site Web OASIS, ainsi que sur d'autres sites Web qui traitent de l'arthrose, au sujet de la nature des évaluations et des genres de services fournis. Les services, qui ne sont plus concentrés sur les hanches et les



genoux, s'étendent maintenant aux extrémités supérieures. On s'efforce de plus en plus d'aborder la gestion des affections liées aux épaules et aux coudes.

À en juger par les témoignages des participants, le programme OASIS a l'avantage d'améliorer les relations avec les médecins de premier recours, l'accès aux services, notamment l'accès au premier chirurgien disponible, la qualité de vie et les résultats en matière de santé, l'utilisation des ressources du système ainsi que la collaboration entre les professionnels de la santé, y compris les médecins de premier recours, les chirurgiens orthopédistes, les rhumatologues, les professionnels paramédicaux, les intervenants communautaires, les fournisseurs de soins et les partenaires éducatifs. Le programme OASIS est également harmonisé avec d'autres initiatives de gestion des maladies chroniques, ce qui permet d'assurer un éventail complet de services tout en comblant les lacunes liées à l'accès aux services.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Lancé initialement dans une clinique de Vancouver, le programme OASIS a été ensuite mis en œuvre à Richmond ainsi qu'à North Shore. Comme il est similaire au Multidisciplinary Osteoarthritis Program (programme multidisciplinaire de lutte contre l'arthrose) de l'Ontario et à l'approche axée sur les soins collectifs pour lutter contre l'arthrose en Alberta, les résultats positifs peuvent théoriquement être reproduits dans l'ensemble du Canada. Dans les trois territoires, des questionnaires de cas aident les patients atteints d'arthrose à s'orienter dans le système de soins de santé afin d'établir des liens avec les professionnels de la santé pertinents et de trouver les ressources dont ils ont besoin. Les trois programmes qui existent au Canada font appel à des équipes interprofessionnelles qui sont guidées par une définition claire de leurs rôles afin d'éviter les chevauchements aux étapes de l'évaluation et de la gestion. Le cheminement commence par un médecin de premier recours qui oriente le patient vers un rhumatologue chargé de poser le bon diagnostic, puis le patient est dirigé vers une équipe interprofessionnelle pour une consultation et une orientation. Ce parcours permet au patient d'avoir accès à un continuum de soins. L'éducation est un élément clé des trois modèles de soins, qui sont tous axés sur la communication dans le but de faire connaître les ressources éducatives pertinentes, de concevoir des plans d'action et d'assurer un meilleur roulement de patients dans le système.

Le processus de réalisation de ce modèle de soins repose sur plusieurs facteurs importants. Premièrement, les réunions d'équipe préliminaires doivent être inclusives, car il peut être difficile d'asseoir tout le monde à la table et de faire en sorte que tous les représentants soient d'accord. Il faut clarifier les rôles et les capacités d'entrée de jeu, car mener des expériences avec le parcours sans que les rôles soient définis risque de provoquer chez les médecins de premier recours la crainte de perdre leurs patients. Des rôles mal définis peuvent également engendrer une désorganisation qui empêcherait les patients d'avoir accès au premier chirurgien disponible. Des dossiers médicaux électroniques pertinents doivent être en place avant de démarrer la pratique et les fonctionnalités doivent avoir été testées afin d'assurer une compatibilité entre tous les intervenants qui utilisent le système. Enfin, la pratique doit être bien intégrée aux autres programmes, initiatives et services disponibles afin d'assurer un continuum de soins.

Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- 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
- Vancouver Coastal Health. (s.d.). *The OsteoArthritis Service Integration System (OASIS)* [site Web sur le projet].
<http://oasis.vch.ca/>
- Physical Activity Line. (2013). *The OsteoArthritis Service Integration System (OASIS)*.
http://www.physicalactivityline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=179:osteoarthritis-service-%20integration-system-oasis&catid=233&Itemid=86
- Vancouver Coastal Health. (octobre 2006). *OASIS: The OsteoArthritis Service Integration System*. Provincial Arthroplasty Collaborative Learning Session #3 [notes d'exposé]. <http://www.slideserve.com/malaya/oasis-osteoarthritis-service-integration-system>
- Vancouver Coastal Health. (29 mai 2008). *The Arthroplasty Plan and the OsteoArthritis Service Integration System*. The Canadian Health System Comes of Age: A framework for 21st century care [notes d'exposé]. <http://assets.muhc.ca/PDF/ISAI-08/Roberts.pdf>
- Vancouver Coastal Health. (février 2006). *OASIS: Osteo-Arthritis Service Integration System*. Provincial Arthroplasty Collaborative [notes d'exposé]. <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/4C0ED192-60EB-4D3C-949A-A27F6B25D668/0/4OASIS1.pdf>
- Vancouver Coastal Health. (s.d.). *OASIS: Education—Pre-Op Education Multimedia*.
<http://www.playaudiovideo.com/msearch?co=v&loc=22-54605927387-1-0-3066319820&wo=tub>



- Davis, A., Kitchlu, N., MacKay, C., Palaganas, M. et Wong, R. (juillet 2010). *Models of care delivery for people with arthritis*. Toronto: Toronto Western Research Institute. <http://www.modelsofcare.ca/pdf/10-04.pdf>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Cindy Roberts

Titre : Directrice des soins primaires pour les programmes musculosquelettiques et les projets spéciaux, directrice du programme OASIS

Organisme : Vancouver Coastal Health

Courriel : cindy.roberts@vch.ca

Téléphone : 604-875-5228

Dernière mise à jour : 18 mars 2013

External Source: <http://oasis.vch.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Alternative Relationship Plan–Rheumatology Project

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'accès adéquat et rapide à des soins spécialisés peut être entravé par une communication inefficace entre les fournisseurs de soins de santé, la fragmentation des soins, une mauvaise coordination, le chevauchement des efforts et une méconnaissance des services offerts dans le système de soins de santé. À cause de ces manques d'efficacité, les patients attendent plus longtemps avant d'être soignés, subissent encore plus de stress lorsqu'ils essaient tant bien que mal de s'orienter dans le système et obtiennent de moins bons résultats pour leur santé. En réponse aux préoccupations grandissantes à propos de l'accès aux services médicaux spécialisés, Calgary Health Region et Alberta Health Services ont mis leurs ressources en commun afin d'offrir une subvention de 7,4 millions de dollars pour encourager l'innovation dans le but de faciliter l'accès et le triage. La subvention, qui s'étend de 2005 à 2007, a été accordée à l'initiative avant-gardiste Alternative Relationship Plan (ARP) au sein du département de médecine. L'ARP a accueilli 18 pratiques novatrices destinées à améliorer : l'accès des patients et des professionnels en soins primaires à des services médicaux spécialisés; la qualité, la sûreté et l'efficacité du système; l'intégration des services entre les fournisseurs de soins primaires et d'autres soins; ainsi que l'efficacité et la durabilité du système.

Parmi ces 18 pratiques novatrices, le projet de rhumatologie est celui qui a la plus grande portée. Sept professionnels paramédicaux ont été embauchés à temps plein afin de déterminer le meilleur moyen pour restructurer le processus d'orientation pour les patients en rhumatologie et de mettre en pratique le nouveau modèle. Une orientation et une admission centralisées ont été jugées indispensables pour accorder la priorité à l'aiguillage des patients et pour les diriger vers le fournisseur de soins et le service les plus pertinents. En 2006, l'admission centrale a commencé en avril, la clinique pour les jeunes adultes atteints de rhumatisme a ouvert ses portes en février, la clinique d'urgence, au printemps, la clinique de polyarthrite rhumatoïde précoce, à l'été et la clinique de polyarthrite rhumatoïde stable tenue par des infirmières cliniciennes, à l'automne.

Dans le cadre du projet de rhumatologie, un processus par étapes a été conçu pour faire les aiguillages et pour les suivre :

- 1) Les aiguillages sont reçus à l'aide d'un seul télécopieur et font l'objet d'un suivi dans la base de données.
- 2) Les infirmières cliniciennes trient les aiguillages avec l'aide d'un rhumatologue et obtiennent tous les renseignements supplémentaires pertinents.
- 3) Un rendez-vous est pris pour les patients avec le prochain rhumatologue disponible selon l'urgence des cas.
- 4) Les médecins orienteurs sont avisés du temps d'attente approximatif.
- 5) Les rhumatologues avisent les patients de la date et de l'heure de leur rendez-vous.
- 6) Les cas pertinents sont dirigés vers des cliniques spécialisées.

Le projet de rhumatologie a servi par la suite de guide pour la conception d'un modèle d'admission et de triage centralisés de haut niveau dans la foulée du projet d'accès médical aux services.

RÉPERCUSSIONS :



Le projet de rhumatologie, qui a mis à contribution les 14 rhumatologues de la Calgary Health Region, a permis d'améliorer l'accès, les temps d'attente, la gestion des aiguillages et la coordination des soins. Les responsables de l'ARP ont procédé à une évaluation rigoureuse du projet à l'aide d'un cadre d'évaluation établi, d'indicateurs et d'une matrice, afin de quantifier les contributions relatives réalisées par chaque initiative, et au moyen d'une grille de données pour déterminer les nouvelles bases de données qui devaient être créées. Les résultats de l'ARP ont été publiés dans le document intitulé *2007 Final Evaluation Report*.

Grâce aux nouveaux services, aux nouveaux effectifs et aux initiatives d'innovation qui ont découlé de l'ARP, plus de 8 600 nouveaux patients ont un meilleur accès à des services médicaux spécialisés. Les premières données recueillies entre les mois d'avril 2006 et de février 2008 ont révélé que 8 333 aiguillages ont été faits en tout et que 84 % d'entre eux ont été réalisés à l'aide du modèle de triage central. Les temps d'attente ont diminué pour les aiguillages courants, modérément urgents et urgents qui ont été faits selon le modèle de triage central, un an après sa mise en place, et 158 cas urgents ou semi-urgents ont été examinés dans les 24 jours qui ont suivi les aiguillages. Les temps d'attente pour les cas urgents ont été réduits à deux semaines en moyenne. Par contre, en 2008, les temps d'attente pour les aiguillages courants ont augmenté considérablement en raison de la priorité accordée aux cas urgents et de la diminution du nombre de rhumatologues disponibles puisque deux d'entre eux ont cessé d'exercer et que deux autres étaient en congé de maternité. Quoi qu'il en soit, l'évaluation du projet de rhumatologie a permis de constater qu'il prouve que la prise en charge précoce des cas par une admission et un triage centralisés peut améliorer la qualité des aiguillages et la rapidité de l'accès.

Le projet de rhumatologie a également permis d'améliorer la communication entre les fournisseurs de soins de santé, la gestion des données et la prise de rendez-vous pour les patients et d'éliminer globalement le chevauchement des efforts. En tout, huit cliniques de sous-spécialités, y compris une clinique de rhumatologie d'urgence et une clinique pour les jeunes adultes atteints de rhumatisme, ont également participé au processus d'orientation et y ont été intégrées. En l'espace de 26 jours, 106 patients ont été examinés à la clinique de polyarthrite rhumatoïde précoce et 184 nouveaux patients ont été reçus à la clinique tenue par des infirmières praticiennes.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien qu'il y ait d'autres pratiques novatrices qui améliorent les temps d'attente et les aiguillages au Canada, l'ARP est unique dans le sens où il a permis de mettre sur pied 18 initiatives d'innovation afin de transformer et d'intégrer les services médicaux spécialisés. Cette approche élargie couvre l'intégralité du continuum des soins en milieu urbain et rural. Le projet de rhumatologie de l'ARP a été une réussite parce qu'il a rallié des spécialistes et des divisions et qu'il a été soutenu par des effectifs qui possèdent une spécialité et qui ont une expérience administrative. La sélection d'effectifs compétents a été d'une importance capitale pour s'assurer que le modèle d'orientation tienne compte des expériences des fournisseurs de soins et que les personnes qui possédaient des compétences cliniques pertinentes le mettent en place. Le classement adéquat des soins urgents et rationalisés nécessitait la création d'une base de données entièrement fonctionnelle reliée aux dossiers médicaux électroniques existants. Enfin, il a fallu établir une communication efficace et utiliser une boucle de communication afin que toutes les parties puissent suivre les progrès des patients au fil du processus d'orientation.

À la suite du projet de rhumatologie, les conférences sur l'orientation et l'accès en 2006 et en 2007 ont comporté des discussions entre les intervenants qui étaient concernés par le projet et ceux qui allaient bientôt participer au projet sur l'accès médical aux services. Les discussions mettaient en évidence ces domaines de réussite ainsi que les obstacles qui se sont dressés tout au long de la mise en place du projet. Après avoir déterminé les caractéristiques de réussite ainsi que les difficultés du projet en ce qui concerne les temps d'attente pour les soins courants, on a procédé, en 2007, au lancement du projet sur l'accès médical aux services, qui possédait son propre modèle d'admission et de triage centralisés optimisés. Ce modèle s'est étendu aux départements d'endocrinologie, de médecine générale interne et d'hématologie. Ces départements ont réussi à déterminer les catégories de triage, les temps d'attente approximatifs acceptables pour chaque catégorie ainsi que les renseignements ou les documents nécessaires pour mettre en place le triage. Ces départements ont conçu un livret sur l'admission et le triage centralisés qui est maintenant utilisé pour plusieurs spécialités, dont la rhumatologie.

Le document *Outcome Assessment Final Report* publié dans le cadre du projet sur l'accès médical aux services fait état de plusieurs réussites, y compris une meilleure communication, un suivi plus rigoureux du cheminement de l'aiguillage, la création d'un plan de technologie de l'information de haut niveau pour les aiguillages automatisés, la satisfaction notée par cinq des six cliniques visées par le projet qui mettent en pratique des mesures d'amélioration de l'accès et la diminution globale des temps d'attente. Ces réussites et les leçons tirées du projet sur l'accès médical aux services se répètent dans le projet de rhumatologie de l'ARP. Les expériences du projet de rhumatologie ont permis d'améliorer la gestion des aiguillages et de faciliter les efforts soutenus déployés pour le projet sur l'accès médical aux services afin d'optimiser la mise sur pied de l'admission et du triage centralisés. Compte tenu de la réussite de l'ARP et de son application continue dans la foulée du projet sur l'accès médical aux services, une approche générale de ce genre à l'égard des pratiques novatrices peut probablement être transférée à d'autres compétences.

Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :



- 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
- Alberta Health Services—Calgary Region. (1^{er} septembre 2009). *Medical access to service Project—Calgary zone. Phase 2—Outcome assessment—Final report*. http://www.departmentofmedicine.com/MAS/documents/mas_final_sept1_2009.pdf
- Department of Medicine and Medical Services. (septembre 2007). *Alternative relationship plan innovative initiatives: Final evaluation report*. http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Terri Lupton
Titre : Infirmière autorisée
Organisme : Alberta Health Services
Courriel : theresa.lupton@albertahealthservices.ca
Téléphone : 403-944-4426

Dernière mise à jour : 24 mars 2013

External Source: http://www.departmentofmedicine.com/documents/dom/reports/innovation_report_07.pdf



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Initiative Réseau de services médicaux intégrés (RSMI)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Réseau de services médicaux intégrés (RSMI) consiste en une initiative à phases multiples qui vise le renouvellement des soins primaires au Manitoba. Le RSMI a pour but de faciliter les améliorations systématiques dans la prestation des soins primaires par les groupes de médecins rémunérés à l'acte, qui comptent pour 76,9 % des médecins de famille de la province. Les quatre principaux objectifs du RSMI sont d'améliorer l'accès aux soins primaires, l'accessibilité à l'information, l'utilisation de cette information par les fournisseurs de soins primaires et les activités professionnelles de l'ensemble des fournisseurs de soins primaires, ainsi que d'offrir des soins primaires de haute qualité, particulièrement dans la gestion des maladies chroniques.

La phase 1 de l'initiative RSMI s'est amorcée en 2006 dans quatre sites pilotes. La phase 2 a été lancée en septembre 2008, et 13 cliniques ont participé à l'initiative. En août 2011, cette étape a été prolongée jusqu'en août 2015 (d'où la nouvelle appellation phase 2+). À l'heure actuelle, 12 cliniques participent toujours à l'initiative; celle-ci regroupe 142 médecins, qui représentent 14,2 % de l'ensemble des médecins de famille rémunérés à l'acte au Manitoba. Dans le cadre de ce projet pilote, Santé Manitoba collabore avec les sites participants en vue d'explorer et de mettre à l'essai de nouvelles initiatives susceptibles d'être appliquées à plus grande échelle dans la province.

Les médecins qui prennent part au RSMI ont accès à un financement incitatif basé sur la qualité (FIBQ). Mise au point au Manitoba, cette approche consiste à rémunérer les médecins en fonction des processus pour la qualité des soins primaires, et non des résultats de santé. Elle est mise à l'essai dans le cadre de l'initiative RSMI pour évaluer le potentiel d'un modèle mixte de rémunération des médecins qui tient compte à la fois de la qualité (rémunération au rendement) et du volume (rémunération à l'acte) des services fournis. Le FIBQ vise à inciter les médecins à accorder la priorité à la prévention, à la détection des facteurs de risque, à une approche globale de la gestion des maladies chroniques et à la continuité des soins. Le financement dépend du rendement de la clinique au regard d'indicateurs de la qualité des soins primaires (relativement à la prévention et à la gestion du diabète, de l'asthme, de l'insuffisance cardiaque congestive, de la coronaropathie et de l'hypertension) et d'indicateurs d'essais de dépistage de la dépression. Les indicateurs de la qualité des soins primaires sont établis d'après des mesures fondées sur des données probantes élaborées à l'origine par l'Institut canadien d'information sur la santé, en collaboration avec des experts cliniques. Les cliniques participantes font appel à un système de dossiers médicaux électroniques (DME) qui rappelle aux médecins quand un patient requiert un test ou un traitement; ainsi, les patients reçoivent les soins nécessaires au moment opportun. Le système de DME permet également aux cliniques d'évaluer le rendement au regard d'indicateurs de la qualité des soins primaires pour garantir l'atteinte des cibles et la prestation de soins optimaux.

Le montant du financement attribué à chaque clinique est établi en fonction du nombre de patients qui la fréquentent principalement pour obtenir des soins. Le montant du financement réellement versé dépend du rendement de la clinique relativement aux indicateurs de la qualité des soins primaires. En outre, le FIBQ est lié aux « résultats groupés » au regard des indicateurs de la qualité des soins primaires, et au degré de rendement de la clinique pour ce qui est de la gestion globale des maladies chroniques. Le programme de FIBQ offre aux cliniques des ressources leur permettant de modifier certaines pratiques de manière à contribuer aux objectifs du RSMI, notamment par l'établissement d'équipes interprofessionnelles. Pour participer au RSMI, les cliniques s'engagent à respecter certaines exigences, soit la mise en œuvre de leurs plans de modification des pratiques, la communication régulière des progrès (c.-à-d. l'extraction des données des DME tous les trimestres) et la participation à l'évaluation des pratiques du RSMI et à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer la qualité des soins à l'échelle provinciale.

RÉPERCUSSIONS :

Tout au long de la période d'essai, l'initiative RSMI a été évaluée et chacune de ses phases a fait l'objet d'un test préalable et postérieur. L'évaluation visait à mesurer l'impact de l'initiative RSMI sur les soins aux patients et sur la satisfaction des



patients et des fournisseurs de soins relativement aux quatre objectifs du RSMI. L'évaluation a fait appel à plusieurs éléments de preuve, soit une enquête auprès des fournisseurs de soins, une enquête auprès des patients, une analyse des données des DME et des entrevues avec des intervenants du RSMI.

En décembre 2012, Santé Manitoba a fait connaître les résultats de l'évaluation de la phase 2 de l'initiative RSMI. Celle-ci s'est révélée particulièrement utile pour améliorer l'accès des médecins en soins primaires à l'information et l'usage qu'ils font de cette information. Ces résultats ont été rendus possibles grâce à une sensibilisation accrue des médecins aux lignes directrices pour la pratique clinique et à la vérification de l'atteinte des objectifs du RSMI au moyen des données des DME. En outre, l'initiative a permis d'améliorer la qualité des soins primaires et la gestion des maladies chroniques. Au sein des cliniques qui ont participé à la phase 2, des améliorations ont été observées pour tous les groupes d'indicateurs et pour les indicateurs particuliers entre deux périodes de référence. À titre d'exemple, les sept indicateurs particuliers du groupe d'indicateurs lié au diabète ont tous connu des augmentations proportionnelles d'une période à l'autre, en particulier les examens des pieds (de 37 % à 64 %) et le dépistage de la néphropathie (de 52 % à 75 %). De même, tous les indicateurs associés à l'hypertension ont enregistré une hausse proportionnelle; l'établissement du profil lipidique complet à jeun et le dépistage de l'obésité et de l'embonpoint ont connu les augmentations les plus importantes (de 62 % à 73 % et de 68 % à 79 %, respectivement), suivis du test de glycémie à jeun (de 67 % à 77 %) et du dépistage des maladies rénales (de 73 % à 83 %).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La conception du modèle de FIBQ s'appuie sur les données probantes et l'information sur les programmes de rémunération au rendement en vigueur dans d'autres provinces (par exemple, en Colombie-Britannique et en Ontario) et dans d'autres pays (par exemple, le Quality and Outcomes Framework au Royaume-Uni et le Practice Incentive Program en Australie).

De concert avec les offices régionaux de la santé, Santé Manitoba a mis en branle une nouvelle initiative qui vise à instaurer des réseaux de soins primaires (RSP) dans la province. Le RSMI a contribué à l'établissement des RSP, surtout en ce qui concerne l'accès aux soins et la gestion efficace des maladies chroniques. Les RSP consistent en équipes de fournisseurs de soins (occupant les mêmes locaux ou reliés virtuellement par Internet) qui travaillent ensemble à planifier et à fournir les services destinés à une zone géographique, à une communauté ou à une population donnée. Les services des RSP s'appuieront sur le travail du RSMI et porteront principalement sur la prévention et la gestion coordonnée des maladies, notamment sur la détection et la réduction des facteurs de risque de maladies chroniques, comme la sédentarité et l'usage du tabac. L'entente-cadre avec les médecins négociée entre la province et Doctors Manitoba comprend cinq nouveaux tarifs liés à la gestion des maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance cardiaque congestive, coronaropathie et hypertension). Ces tarifs ont été introduits afin d'encourager les médecins à consacrer plus de temps aux patients dont l'état est complexe et de reconnaître le lien qui existe entre une approche globale de la gestion des maladies chroniques et une amélioration de la santé des patients.

Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) – Participating clinics ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/clinics.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) – What is Quality Based Incentive Funding (QBIF)? ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qbif1.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Physician Integrated Network (PIN) – Quality measurement ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qm.html>.
- Santé Manitoba (2012). *PIN Information Management Guide (version 1.62)*. Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qm.html>.
- Santé Manitoba (2012). « Physician Integrated Network (PIN) – Development of PIN ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/dev.html>.
- Santé Manitoba (2012). « Physician Integrated Network (PIN) – How is QBIF supporting quality in primary care? » Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/qbif2.html>.
- Santé Manitoba (2012). « Physician Integrated Network (PIN) – Evaluation ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/evaluation.html>.
- Prairie Research Associates (2012). *Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN), Phase 2: Summary Report*. Santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba).
- Prairie Research Associates (2012). *Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN), Phase 2: Electronic Medical*



Records Data Analysis. Santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

- Wranik, D. et M. Durier-Copp (sans date). *Quality Based Incentive Payments: International Experiences, Lessons for Canada*. Program Evaluation and Economic Consulting, Halifax (Nouvelle-Écosse).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). « About the Quality and Outcomes Framework (QOF) ». Extrait le 20 décembre 2012 de <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>.
- Department of Human Services, gouvernement de l'Australie (2012). « Practice Incentives Program (PIP) ». Extrait le 20 décembre 2012 de <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>.
- Santé Manitoba (sans date). « Primary Care Networks ». Extrait le 10 décembre 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pcn/index.html>.
- Santé Manitoba (sans date). « Chronic Disease – Chronic Disease Management (CDM) tariffs ». Extrait de <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/chronicdisease/cdmtariffs.html>.

PERSONNE-RESSOURCE :

Organisme : Santé Manitoba, Initiative Réseau des services médecins intégrés

Courriel : pinsupport@gov.mb.ca

Téléphone : 204-788-6423

Dernière mise à jour : 20 décembre 2012

External Source: <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Stratégie de soins partagés pour les patients atteints de maladie chronique, Providence Health Care

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Veiller à la satisfaction maximale des patients : c'est là le but ultime de tout fournisseur de soins de santé. Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter une approche à plusieurs volets qui porte sur l'accès aux soins dans des délais raisonnables, l'existence d'un modèle de communication structuré, l'amélioration des résultats de santé et la nécessité de s'assurer que les patients sont en mesure de gérer seuls leur état de santé après leur congé de l'hôpital. Les intervenants en soins de santé de la Colombie-Britannique ont reconnu le besoin de concevoir une approche coordonnée mieux structurée pour la prestation des soins de santé. En avril 2010, le Shared Care Committee, Providence Health Care (PHC) et Vancouver Coastal Health ont mis en branle une initiative concertée de deux ans qui consiste à adopter une approche de soins partagés dans la prestation des services de santé aux patients présentant des maladies chroniques complexes. L'objectif de l'initiative est de faciliter l'accès et de rendre l'expérience plus confortable pour les patients atteints d'une maladie chronique, et ce, en s'employant à améliorer les résultats de santé, à réduire les coûts par habitant et à assurer une meilleure communication. La stratégie vise essentiellement à consolider les relations entre les médecins de famille et les médecins spécialistes pour accélérer les renvois en consultation et pour éviter les chevauchements quant aux interventions et à l'utilisation des ressources.

L'initiative consiste en plusieurs projets qui tendent tous à offrir une expérience uniforme et sans interruption aux patients par une meilleure collaboration entre les fournisseurs de soins de santé. Le premier de ces projets, la ligne de consultation téléphonique Rapid Access to Consultative Expertise (RACE), fait appel à une technologie téléphonique qui permet aux médecins de famille d'avoir rapidement accès à des spécialistes et, ainsi, de réduire les temps d'attente inutiles, les visites à l'urgence et les consultations en personne. Les médecins de famille font leur choix dans une liste de services spécialisés et voient leur appel dirigé directement au téléavertisseur d'un spécialiste pour garantir une consultation rapide. De même, un mécanisme de confirmation des renvois en consultation a été mis en place; celui-ci offre aux médecins de famille un système téléphonique plus efficace et rend prioritaire la procédure de renvois dans des délais raisonnables. Le projet s'est développé de façon à inclure le Shared Care Planning, qui établit une voie de communication entre les médecins de famille et les spécialistes après la consultation (cette pratique n'était pas en place avant le lancement de l'initiative). Enfin, un projet d'autogestion a été élaboré en vue d'inciter les patients à établir leurs propres objectifs de santé et plans d'action. Cette approche centrée sur le patient permet de concevoir des plans d'autogestion plus personnalisés et plus efficaces.

Un plan de mise en œuvre hautement structuré a été préparé par divers groupes d'intervenants et groupes consultatifs. Ceux-ci se sont réunis à de nombreuses reprises pendant l'année pour discuter d'une vaste gamme de sujets allant du soutien en TI à la perspective des médecins sur l'applicabilité du modèle de communication dans leur pratique quotidienne.

RÉPERCUSSIONS :

La stratégie des soins partagés est évaluée non dans son ensemble, mais dans le cadre des divers projets qui la composent. Chaque projet est d'abord passé par la série « Plan-Do-Study-Act » de conception, de mise à l'essai et de mise en œuvre du modèle, ce qui a permis d'en vérifier l'efficacité et d'en relever toute lacune lors de tables rondes. Chaque projet a été évalué officiellement sur les plans qualitatif et quantitatif; on a ainsi mesuré le succès de l'initiative et son impact sur les résultats pour les patients.

Par exemple, le projet RACE a fait l'objet d'une évaluation officielle au moyen d'outils de mesure, tels que des questionnaires, des sondages en ligne et des entrevues avec les médecins de famille et les médecins spécialistes. De façon générale, ces deux groupes de fournisseurs de soins ont estimé que RACE représentait un excellent outil pour combler les lacunes en matière de communication. Le sondage en ligne a montré que 90 % des médecins de famille et des spécialistes connaissaient



l'existence de la ligne de consultation téléphonique et que 95 % des participants au projet pilote la recommanderaient à leurs collègues. Ceux-ci ont fait remarquer que le recours à la ligne téléphonique leur avait permis de réduire les visites de leurs patients à l'urgence (32 % n'ont pas eu à s'y présenter), les consultations en personne avec des spécialistes (60 % n'ont pas eu à les consulter) et les renvois en consultation non nécessaires auprès d'un spécialiste; en outre, 83 % des participants ont estimé que la ligne téléphonique leur avait permis de mieux gérer leur prestation de services. Dans l'ensemble, le projet RACE s'est révélé efficace dans l'établissement d'une communication plus rapide entre les médecins de famille et les spécialistes : 80 % des quelque 600 appels reçus en 2012 ont obtenu une réponse en moins de 10 minutes. Le système RACE a remporté le prix de leadership dans le secteur public de l'Institut d'administration publique du Canada/Deloitte, ainsi que le prix Gold Apple pour l'excellence en innovation de l'Association des employeurs de la santé de la Colombie-Britannique.

La stratégie de soins partagés est corrélée avec une hausse de 77 % des confirmations de renvois en consultation, et des gains similaires sont observés dans la gestion des soins au moyen de Share Care Planning. Les entrevues avec les patients ont révélé que ceux-ci sont satisfaits de la qualité des soins et arrivent à mieux s'orienter dans le système de santé. Les projets ont montré que le recours à une approche coordonnée qui fait appel à des modèles de communication efficaces est susceptible d'améliorer l'expérience du patient, de faciliter le roulement à l'urgence, de réduire les coûts (avec des économies qui peuvent s'élever à 200 \$ par appel) et d'améliorer la capacité des spécialistes.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Grâce au succès qu'a connu l'initiative, la participation s'est accrue et le projet s'est étendu à d'autres régions de la province. Le projet RACE a été mis à l'essai à l'unité de cardiologie; compte tenu de son succès, on l'a ensuite adopté dans 11 services spécialisés en 2012. Le système de confirmation des renvois en consultation a été implanté efficacement dans plusieurs cliniques de maladies chroniques, cabinets privés de spécialistes et programmes provinciaux plus vastes qui relèvent de Providence Health Care. Le projet Share Care Planning a été mis en œuvre aussi bien à l'échelle régionale que provinciale et, dans l'ensemble, la pratique novatrice que constitue la stratégie de soins partagés a mobilisé 1 500 médecins de famille et 200 spécialistes.

Bien que d'autres pratiques relatives aux renvois en consultation existent ailleurs au Canada et à l'étranger, bon nombre d'entre elles sont menées par des infirmières spécialisées. La stratégie de soins partagés est la seule initiative qui offre aux médecins de famille et à leurs patients un accès téléphonique direct et en temps réel à des spécialistes. De plus, cette pratique peut être étendue à d'autres provinces et territoires.

Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web qui suivent :

http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf

http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf

<https://www.bcma.org/rapid-access-consultative-expertise-race-program>

http://www.youtube.com/watch?v=TQyKe0CKh_A

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Margot Wilson

Titre : Directrice, Stratégie de gestion des maladies chroniques

Organisme : Providence Health Care (stratégie de soins partagés)

Courriel : mwilson@providencehealth.bc.ca

Téléphone : 604-682-2344, poste 66522

Dernière mise à jour : 22 février 2013

External Source: http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/C1_CareCoordinationWorkshop_Wilson_FR.pdf



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Practice Support Program (programme de soutien à la pratique)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Tout comme le reste du Canada, la Colombie-Britannique s'est butée à des obstacles dans la prestation de soins primaires de haute qualité aux patients de la province. Les difficultés éprouvées résultent du nombre insuffisant de médecins de famille qui exercent dans des milieux de pratique familiale où est offerte une gamme complète de services. Pour améliorer les soins aux patients tout en augmentant la satisfaction au travail des médecins de famille, les experts en santé de l'Association médicale de la Colombie-Britannique et du ministère de la Santé ont mis sur pied le General Practice Services Committee (GPSC) en 2003. Celui-ci a mené des consultations auprès de 1 000 médecins de famille de la province dans le cadre des Journées d'amélioration de la qualité professionnelle. Les discussions ont porté sur les solutions à apporter aux problèmes, notamment la baisse du moral des professionnels et le manque de soutien dans la gestion des cas plus complexes. En 2007, le GPSC a instauré le Practice Support Program (PSP), qui porte sur le soutien à la pratique des médecins de famille, des médecins spécialistes et des assistants de bureau de médecin, et qui vise à améliorer la gestion de la pratique et du travail clinique, la capacité, les soins aux patients et la satisfaction professionnelle des médecins.

En plus de bénéficier de l'appui du GPSC, le PSP reçoit aussi des recommandations, un soutien et un financement supplémentaires du Shared Care Committee et du Specialist Services Committee (qui sont également issus d'un partenariat entre l'Association médicale de la Colombie-Britannique et le ministère de la Santé).

Les services du PSP comprennent un encadrement relatif à la pratique, un soutien aux initiatives d'amélioration de la qualité et des modules structurés d'aide à l'apprentissage. Les modules consistent en trois demi-journées rémunérées d'apprentissage en groupe, suivies d'une période pratique de six à huit semaines où les médecins s'emploient à appliquer leurs acquis dans leur pratique clinique respective. De la formation supplémentaire est intégrée aux séances pratiques de la série « Plan-Do-Study-Act » du PSP. Cette série se veut une occasion de mettre à l'essai de nouvelles pratiques et de tester leur efficacité avant d'effectuer une mise en œuvre à grande échelle. Les membres de l'équipe du PSP rendent visite aux participants du programme pendant la période pratique pour leur fournir un encadrement et un soutien professionnels constants dans la mise en application au quotidien des nouveaux outils. La formation est offerte par les équipes de soutien régional du PSP des cinq régions de la santé de la Colombie-Britannique. Tout le contenu du programme lié aux pratiques cliniques a été approuvé en tant que formation médicale continue.

Les modules portent notamment sur les thèmes suivants :

- Accès amélioré et efficacité du bureau
- Visites médicales de groupe (littérature en santé et autogestion des patients)
- Gestion des maladies chroniques
- Santé mentale des adultes
- Santé mentale des enfants et des adolescents
- Soins de fin de vie
- Problèmes musculo-squelettiques
- Système de soins partagés (maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque)

RÉPERCUSSIONS :

En mars 2013, le PSP avait travaillé avec plus de 2 900 médecins de famille (soit environ 70 % des médecins de famille actifs dans la province) à améliorer les soins aux patients et la satisfaction professionnelle. L'équipe du PSP s'emploie actuellement à mettre au point une stratégie novatrice de soutien aux médecins spécialistes, qui sera inaugurée en 2013-2014.



Les résultats publiés d'une enquête effectuée auprès de 887 médecins de famille et de 405 assistants de bureau de médecin au cours des trois premières années du PSP indiquent invariablement des taux de satisfaction élevés et une perception très favorable quant à l'influence du programme sur les pratiques des médecins et sur les patients, et ce, indépendamment des caractéristiques du professionnel interrogé (sexe et groupe d'âge) ou des variables liées au travail (par exemple, temps consacré à la pratique familiale). Les participants font état d'une réduction du temps d'attente pour les patients, d'une amélioration des soins aux patients et de la création de milieux de travail plus satisfaisants. Plus particulièrement, les participants qui ont suivi le module d'apprentissage du PSP sur l'accès amélioré ont vu le temps d'attente pour un rendez-vous passer de 5,2 jours à 1,8 jour. Par ailleurs, plus de 87 % des participants ont mis sur pied un registre de gestion des cas de maladies chroniques et estiment que le module sur la gestion des maladies chroniques leur a permis d'améliorer les soins aux patients. En outre, 94 % des médecins de famille ont dit se sentir plus à l'aise d'aider les patients dont l'état nécessite des soins de santé mentale après avoir suivi le module sur la santé mentale des adultes, et 76 % des assistants de bureau de médecin ont vu leurs relations de travail s'améliorer dans l'ensemble.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

De nombreux pays européens, en particulier les Pays-Bas, ont mis sur pied des initiatives de formation appuyées par les médecins qui visent l'amélioration de la qualité des soins de santé. Outre l'Australian General Practice and Education Training Program, il existe cependant peu de programmes à grande échelle (provinciale, territoriale ou nationale) de formation continue en médecine qui sont axés sur la collaboration entre le gouvernement et les médecins. Compte tenu de son succès et de sa structure, cette mesure novatrice de soutien à la pratique est susceptible d'être implantée avec succès dans d'autres provinces et territoires.

Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web qui suivent :

<http://www.gpsc.bc.ca/psp/contact>

<http://www.sscbc.ca/content/about>

<http://www.mybettermedicare.ca/primary-care-practice-support-in-british-...>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508962/>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Liza Kallstrom

Titre : Responsable du contenu et de la mise en œuvre, Practice Support Program

Organisme : Association médicale de la Colombie-Britannique

Courriel : lkallstrom@bcma.bc.ca

Téléphone : 604-638-2854

Dernière mise à jour : 13 mars 2013

External Source: <http://www.gpsc.bc.ca/psp/practice-support-program>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Spine Pathway Project (projet de cheminement clinique – colonne vertébrale)

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les affections de la colonne vertébrale sont multiples et peuvent être traitées au moyen d'interventions médicales ou chirurgicales. Bien qu'on distingue plus de 900 problèmes de colonne vertébrale différents, bon nombre de ces maux bénins ou graves présentent des symptômes hautement similaires, ce qui complique l'établissement du diagnostic. Les médecins de la Saskatchewan reconnaissent ce problème et croient que l'application de mesures de dépistage adéquates peut permettre à 80 % des patients aux prises avec des problèmes de colonne vertébrale d'être traités au moyen de traitements médicaux et d'éviter les interventions chirurgicales inutiles. Par conséquent, le gouvernement de la Saskatchewan a instauré en 2009 le Spine Pathway Project avec l'intention de mieux former les médecins aux méthodes de dépistage, d'établir des centres de soins de la colonne vertébrale qui appliquent des mesures efficaces de dépistage des pathologies lombaires, et d'élaborer un système qui offre des ressources de gestion adéquates pour les blessures et douleurs lombaires.

La phase initiale du projet comprend la conception de modules de formation destinés aux médecins, dont un cours en ligne qui a été approuvé en tant que formation médicale continue. On a ensuite établi des centres de soins de la colonne vertébrale, puis élaboré des critères de référence et effectué des études cliniques pour mesurer les progrès. À cet effet, on a conçu un système fondé sur une classification qui sert à déterminer le niveau de soins requis et la gravité de l'état de chaque patient. En 2010, des cours en ligne et des modules de formation ont été présentés et, l'année suivante, des centres de soins de la colonne vertébrale ont vu le jour à Regina et à Saskatoon. Les équipes interprofessionnelles qui travaillent dans ces centres s'emploient à fournir le traitement le plus approprié à chaque patient qui leur est adressé.

Les résultats escomptés sont de fournir les soins qui conviennent aux patients souffrant de blessures ou de douleurs lombaires et de permettre aux spécialistes de se libérer du temps pour d'autres interventions chirurgicales essentielles à la colonne vertébrale. On réduira ainsi les temps d'attente pour les services de spécialistes et on facilitera l'accès aux ressources de diagnostic. Première du genre au Canada, cette initiative s'annonce prometteuse pour améliorer l'accès aux soins et pour fournir des soins primaires centrés sur les patients aux prises avec des problèmes de colonne vertébrale.

RÉPERCUSSIONS :

Le Spine Pathway Project est un programme permanent qui présente des résultats préliminaires favorables et un potentiel d'expansion. Le matériel et les cours destinés aux médecins ont déjà été conçus et sont reconnus comme formation médicale continue. Sur les 2 000 fournisseurs de soins primaires ciblés en Saskatchewan, 900 ont été formés. On s'emploie actuellement à concevoir les modules de formation en ligne qui portent sur les états associés à une douleur chronique, ainsi que les fiches d'évaluation de la douleur chronique. Les centres de soins de la colonne vertébrale ont ouvert leurs portes, et de nouveaux modules sur l'évaluation des troubles lombaires ont été préparés et sont utilisés par les médecins en soins primaires concernés. On a établi les critères de référence et effectué les études cliniques sur les processus et les résultats. Les fournisseurs de soins primaires qui ont suivi le cours à ce jour affichent un taux de satisfaction de 95 %.

La réduction du nombre d'interventions chirurgicales à la colonne vertébrale et les études de diagnostic ont permis de raccourcir les temps d'attente et de faciliter l'accès aux ressources de diagnostic (comme l'imagerie par résonance magnétique). Avant la mise en œuvre de l'initiative, 36 % de l'ensemble des images par résonance magnétique (IRM) portaient sur les blessures ou les douleurs lombaires. On a observé qu'en arrivant à retirer 100 patients de la liste d'attente pour une IRM, on réduisait d'une semaine le temps d'attente des autres patients.

En 2011, la revue *Spine* a publié une synthèse systématique sur le cheminement clinique qui comprend une étude de cas sur le Spine Pathway Project de la Saskatchewan. L'étude suggère que le Spine Pathway Project représente une initiative novatrice pour le dépistage des problèmes de colonne vertébrale, car elle comporte des modules de formation appropriés, utilise des incitatifs financiers pour influencer favorablement sur les soins aux patients, envisage les mesures de dépistage à l'échelon des



fournisseurs de soins primaires plutôt qu'à celui des spécialistes et fait appel à un système de renvois en consultation fondé sur une classification. L'étude recommande de poursuivre le développement du cheminement clinique pour inclure des lignes directrices fondées sur des preuves, ainsi que l'évaluation des succès continus observés.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Il existe vraisemblablement de nombreux projets similaires dans le monde (par exemple, le Spinal Taskforce for the Department of Health du National Health Service, au Royaume-Uni), mais la plupart n'ont pas fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique à comité de lecture. Actuellement, seuls deux centres spécialisés de soins de la colonne vertébrale ont été fondés en Saskatchewan pour faciliter les renvois en consultation. Bien qu'il existe d'autres initiatives de cheminement clinique pour les douleurs lombaires, le Spine Pathway Project représente l'unique pratique qui concerne tous les types de douleurs lombaires et qui comporte toutes les caractéristiques d'un cheminement de soins moderne (objectifs clairs, communication facilitée entre les médecins et les patients, coordination des soins, suivi continu des résultats et financement adéquat). Moyennant un financement suffisant et la participation active de cliniciens, il y a lieu de croire que cette pratique peut s'appliquer à d'autres provinces ou régions.

Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

Fournier, D. R., Dettori, J. R., Hall, H., Hartl, R., McGirt, M. J. et M. D. Daubs. « A Systematic Review of Clinical Pathways for Lower Back Pain and Introduction of the Saskatchewan Spine Pathway ». *Spine*, vol. 36, supplément 21 (2007), S164-171. (doi: 10.1097/BRS.0b013e31822ef58f)

<https://www.spinepathwaysk.ca/home>

<http://www.gov.sk.ca/news?newsId=4d8a0b8c-367f-42eb-8587-43bc3b58432b>

http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Refe...

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Brad Waddell

Titre : Gestionnaire de projet, Recherche et développement du cheminement clinique

Organisme : Ministère de la Santé, Direction des soins actifs et des services d'urgence

Courriel : brad.waddell@health.gov.sk.ca

Téléphone : 306-787-2424

Dernière mise à jour : 28 février 2013

External Source: <http://www.health.gov.sk.ca/back-pain>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Programme intégré de soins aux clients (PISC) pour les aînés aux besoins complexes

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Depuis le début de 2011, le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto (CASC-CT), en partenariat avec le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto (RLISS-CT), dirige une initiative de transformation et une stratégie pluriannuelle collaborative à l'échelle de tout le RLISS. Cette initiative vise à déployer et à évaluer les modèles pratiques de soins intégrés à l'intention de populations précises aux besoins complexes : aînés avec besoins complexes, enfants fragiles sur le plan médical et clientèle en soins palliatifs. La stratégie pour les aînés est une initiative déployée à Toronto, qui permet de s'assurer que les aînés qui ont des besoins complexes sont inclus à un modèle intégré de soins communautaires. Elle fait appel à une harmonisation et à une mise à niveau des ressources existantes, met en commun divers secteurs du système de santé et assure la création de compétences qui permettront de mieux répondre aux besoins des clients et des prestataires de soins. L'approche utilisée se concentre sur l'intégration fonctionnelle au point de service et est conçue pour améliorer la qualité et, en définitive, pour faire fléchir la courbe des coûts pour certains des clients les plus complexes et les plus coûteux pour le système. Grâce à une évaluation qui fait appel à une approche d'amélioration de la qualité, on a pu tirer des enseignements sur les principaux facteurs de réussite de l'intégration au sein du système de santé et sur les grandes composantes d'une intégration réussie au point de service.

RÉPERCUSSIONS :

L'intégration au point de service nécessite une prise en charge intégrée des clients et de leur famille ainsi que la mise sur pied d'équipes interprofessionnelles. Au cœur de ce travail d'intégration, on doit pouvoir compter sur une bonne compréhension des joueurs en présence pour les soins aux clients et sur leur mise en commun au point de service pour permettre une évaluation et une planification centralisées, centrées sur les objectifs du client et de sa famille. Depuis l'instauration du programme, des innovations importantes ont démontré leur grande pertinence et ont permis la mise en place de solutions durables dans l'ensemble du RLISS-CT. Parmi ces innovations, mentionnons :

- des préposés à la coordination des soins qui assurent une gestion de cas continue centrée sur le cheminement au sein du système et sur le recours à des équipes interétablissements et interprofessionnelles, afin d'assurer une prise en charge intégrée et de faciliter les transitions;
- la participation aux soins primaires avec des préposés à la coordination des soins qui collaborent avec les prestataires de soins primaires des Équipes de santé familiale, les centres de santé communautaires et les grandes communautés de quartier qui ne comptent qu'un seul médecin en soins primaires;
- un partenariat SMU-CASC visant à faciliter les transitions grâce à la création de trousse de transfert électronique des données, de systèmes de signalement dans le cadre des communications au sein des équipes et d'un rapatriement des soins actifs;
- des soins actifs dotés de nouveaux systèmes de signalement pour les clients à haut risque et des conférences de cas virtuelles entre les prestataires communautaires et ceux qui assurent les soins actifs;
- la participation des pharmaciens communautaires pour passer à une pharmacie unique pour chaque client, et une formation particulière pour les prestataires de soins, à partir de techniques de résolution de problèmes éprouvées, fondées sur l'expérience.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La première génération du PISC a réussi la transition du système de santé local vers un niveau de préparation au changement et est maintenant sur la voie d'une expansion à plus grande échelle. L'Ontario continue d'être confronté à des défis considérables qui lui imposent de créer de la valeur et d'assurer la viabilité du système de santé grâce à une intégration dans tout le système. Ce modèle, utilisé à Toronto, permet au système de santé local d'évoluer vers un modèle adaptable pour



l'intégration et de profiter de résultats sur le terrain.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jodeme Goldhar

Titre : Chef, intégration au système de santé pour les populations complexes et les soins primaires

Organisme : Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto

Courriel : jodeme.goldhar@toronto.ccac-ont.ca

Dernière version : 25 janvier 2013

Ce contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

www.conseilcanadiendelasante.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations

External Source: http://www.ccac-ont.ca/Upload/on/General/ICCP_Older_Adults_with_Complex_Needs.pdf



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Red Deer Primary Care Network – Programme de gestion des maladies chroniques

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

On estime que 30 % de la population souffrant de maladies chroniques accaparent 60 % des coûts directs en santé en Alberta. Dans le but de répondre aux besoins des médecins de famille et de faire face à ces données sur la population, le réseau de soins de santé primaires de Red Deer (Red Deer Primary Care Network, ou RDPCN) a élaboré et mis en œuvre une stratégie intégrée pour la gestion des maladies chroniques visant à améliorer les résultats en matière de santé et à réduire les coûts. Le RDPCN a eu recours à une philosophie de promotion de la santé pour concevoir une approche intégrée en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. Les programmes de gestion des maladies chroniques, qui adaptent un modèle de soins élargi à ce type de maladie, sont intégrés aux stratégies communautaires de promotion de la santé. Les patients qui y sont dirigés par leur médecin de famille sont vus par des équipes interprofessionnelles (infirmière en médecine familiale, conseiller en santé mentale, pharmacien) qui travaillent dans les bureaux des médecins en vue de faciliter la collaboration, la continuité des soins et leur coordination. Des algorithmes de soins fondés sur l'expérience clinique (p. ex. en matière de diabète ou de cessation du tabagisme) ont été élaborés et mettent l'accent sur une approche d'autogestion axée sur le patient.

L'équipe dirige les patients vers des ressources communautaires ou de santé où ils trouveront de l'aide pour un soutien au revenu, pour les soins du diabète ou d'autres besoins. Les patients sont dirigés vers des programmes de groupe du réseau de soins de santé primaires (notamment le programme de gestion des habitudes de vie et d'information de base sur la santé Health Basics CHOICES, les programmes de groupe sur le bonheur (*Happiness*) ou sur l'anxiété (*Anxiety*) et le programme Strong and Steady pour la prévention des chutes). Des équipes interprofessionnelles dirigent ces programmes de groupe (l'équipe de Health Basics, par exemple, est composée d'infirmières, de kinésiothérapeutes et de diététistes). Les patients qui participent à ces groupes sont suivis dans des cliniques de médecine familiale. Les patients, leur famille ainsi que le personnel sont encouragés à participer aux activités de promotion de la santé du RDPCN telles que les randonnées virtuelles (*virtual treks*), les séances d'activité physique en plein air et les randonnées à vélo. Au besoin, une aide financière est offerte aux participants.

RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation formative et sommative appuie l'amélioration continue de la qualité et l'évaluation des résultats obtenus par les services et les programmes destinés aux patients. En 2011-2012, 90 % des patients avec maladies chroniques complexes (n=1578) ayant été redirigés ont été accompagnés par des membres de l'équipe. En moyenne, les patients présentaient 4,3 troubles ou maladies chroniques. Chaque patient a fait l'objet de six interventions, y compris le renvoi vers des ressources communautaires. Le nombre de consultations de dossiers entre le personnel du RDPCN et les médecins a doublé pour les patients complexes; 30 % de ces patients ont été redirigés vers d'autres programmes de réseaux de soins primaires. Les commentaires des patients sur les caractéristiques de l'autogestion ont été positifs : participation à la planification des mesures/des soins (>90 %), assurance que leur santé s'améliorera (>80 %), et degré de collaboration du personnel du RDPCN pour assurer leurs soins (90 %). Les visites aux urgences et les hospitalisations ont diminué au sein de la population de patients du réseau.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les programmes exportables sont notamment le programme de groupe sur le bonheur (*Happiness*), celui sur les habitudes de vie (*Health Basics CHOICES*) et sur la prévention de chutes (*Strong and Steady*). Les partenariats pour les activités communautaires sont notamment les randonnées virtuelles (*virtual treks*) et les algorithmes pour les cas complexes. Le RDPCN est conscient que la santé est le fruit d'un partenariat entre les patients, les familles, les professionnels de la santé, les organismes du milieu de la santé et les collectivités qui assurent la prestation de soins qui favorisent une meilleure santé, améliorent les résultats de santé dans les cas de maladies chroniques et réduisent les coûts en matière de soins.



PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lorna Milkovich
Titre : Directrice générale
Organisme : Réseau de soins de santé primaires Red Deer (Red Deer Primary Care Network)
Courriel : Lorna.Milkovich@rdpcn.com

Dernière mise à jour : 18 décembre 2012

Site Web pertinent : www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations

External Source: <http://www.reddeerpcn.com/OurPrograms/OurPrograms/Default.aspx>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Youth Transitions to Adult Care in BC

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Grâce aux améliorations apportées aux traitements et aux soins, environ 90 % des patients pédiatriques aux prises avec des maladies complexes ou chroniques peuvent maintenant atteindre l'âge de 20 ans. Toutefois, la transition mal réussie de ces patients vers les soins aux adultes est associée aux risques de mortalité accélérée et de morbidité. Bien qu'historiquement, la Colombie-Britannique a toujours assuré des services de transition provisoires, il n'existait aucun mandat provincial uniforme ou global, ni de connaissances étendues concernant les ressources disponibles. Assurer une transition réussie des soins pédiatriques vers les soins pour adultes suppose la prestation de soins de santé ininterrompus, coordonnés, adaptés au développement des patients et sur le plan psychologique. Le tout nécessite des solutions systématiques et collaboratives et l'adhésion de tous les paliers d'intervenants dans toute la province.

Une consultation avec les principaux intervenants a révélé que plusieurs d'entre eux croyaient que la transition des jeunes était prise en charge avec succès. Toutefois, une consultation réalisée auprès des cliniciens suggérait que sans stratégie officielle de planification ni plans de traitement à long terme, ils vivaient des difficultés et étaient nombreux à ignorer que des programmes et des ressources étaient à leur disposition.

Dans le but de s'assurer que tous les patients pédiatriques qui doivent passer aux soins pour adultes vivaient une transition réussie en Colombie-Britannique, les intervenants ont adopté une approche en deux volets vers la politique et la prestation du programme. En juin 2011, le Council on Health Economics and Policy (*conseil des politiques et de l'économie de la santé*) de la British Columbia Medical Association's (BCMA) a approuvé un projet sur la transition des jeunes en C.-B. En janvier 2012, la BCMA a formé un groupe de projet formé d'experts pour mener un examen approfondi de la littérature existante, analyser la politique en place et formuler des recommandations en consultation avec les intervenants (cliniciens, administrateurs, professionnels de la santé de domaines connexes, autorités de la santé, gouvernements). Les plans de diffusion du document final comprennent une collaboration avec les intervenants et des représentations auprès des plus hauts paliers des autorités de la santé et du ministère de la Santé. Parmi les principales recommandations du groupe d'experts, on souhaite notamment un médecin de famille dès la naissance, en plus des autres prestataires de soins de santé; des plans de transition individualisés pour les patients dont le moment est venu de changer de milieu de soins; et la création de mécanismes d'identification et de suivi continu. Le financement et le soutien nécessaires ont été obtenus grâce à diverses initiatives de la BCMA, notamment le comité des services de spécialistes (Specialist Services Committee) et celui des soins partagés (Shared Care Committee).

Pour la prestation de programmes, le BC Children's Hospital (BCCH) a conçu l'outil ON TRAC pour le suivi du cheminement clinique. Il a servi de base pour élargir le mandat du programme et assurer des services de transition à l'échelle de toute la province. Pour atteindre cet objectif, des éléments précis ont été identifiés : conception de soins cliniques adaptés aux jeunes et à leur stade de développement; intégration interprofessionnelle, soutien, éducation et perfectionnement pour les prestataires de soins de santé; et information et accès aux ressources pour les patients, les familles et les prestataires. Les outils et les ressources sont en cours de développement au BCCH, en collaboration avec les autorités de la santé et les centres de soins. Des groupes consultatifs travaillent à la conception d'un chemin/d'un plan de transition clinique global, qui sera utilisé dans les milieux où l'on passe des soins pédiatriques aux soins aux adultes. La participation des jeunes est maximisée dans tous les aspects du projet. Le financement de ce projet a été mis en place par l'intermédiaire de la BCMA et d'autres sources.

RÉPERCUSSIONS :

L'évaluation des efforts de représentation politique de la BCMA se fait en continu. Le taux d'adoption des recommandations en matière de politique est la mesure de résultats qui a été retenue. Une analyse qualitative de la collaboration avec les principaux intervenants sera menée en 2013.

Une évaluation à long terme de chaque initiative ON TRAC est prévue. Les évaluations futures comprennent : un examen de l'adoption d'une planification officielle de la transition à l'aide de guides de pratiques cliniques et de formation des prestataires; l'évaluation du processus de création et de réception des documents de transfert médical; et une analyse quantitative de



l'attachement des patients pédiatriques aux médecins généralistes.

Le succès du projet ON TRAC et des initiatives de la BCMA dépendent de leur degré d'adoption, de leur diffusion et de la promotion des ressources disponibles pour les principaux intervenants et des médecins.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le processus de développement des politiques de la BCMA et les initiatives du programme ON TRAC sont aisément transférables aux autres provinces et à d'autres pays. À l'heure actuelle, le Hospital for Sick Children, en Ontario, a déployé certains outils issus d'ON TRAC.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jonathan Agnew
Organisme : British Columbia Medical Association
Courriel : jagnew@bcma.bc.ca

Dernière mise à jour : 21 décembre 2012

Site Web pertinent : www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations

LIENS EXTERNES :

<https://www.bcma.org/youth-transitions-initiative>

<http://ontracbc.ca/>

Smith, D. F., MacNeily, A., Whitehouse, S., & Woodfield, W. (2012). *Closing the gap: Youth transitioning to adult care in BC*. Vancouver, BC: British Columbia Medical Association.

External Source: <https://www.bcma.org/youth-transitions-initiative>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Des services externes et un programme de jour novateurs en matière de gestion du comportement pour les personnes présentant des lésions cérébrales acquises et des troubles du comportement

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les personnes qui survivent à une lésion cérébrale acquise peuvent manifester une altération du comportement, ce qui a des répercussions négatives sur leurs relations avec leur famille, leurs amis, leurs collègues de travail, etc. Dans certains cas, la personne cérébralisée peut présenter des troubles comportementaux, notamment de l'agitation, de l'agressivité, de l'irritabilité, et des sentiments d'anxiété et de dépression.

Les services pour les troubles comportementaux résultant de lésions cérébrales offerts par le West Park Health Care Centre, à Toronto, disposent de thérapeutes du comportement œuvrant dans la collectivité afin d'aider les personnes cérébralisées, leur famille et leurs aidants à apprendre des stratégies qui permettent de gérer les comportements difficiles apparus à la suite d'une lésion cérébrale acquise. Ces thérapeutes du comportement travaillent à l'externe chez leurs clients ou dans leur résidence, y compris dans les maisons de soins de longue durée de la région du Grand Toronto. Le West Park Health Care Centre est également doté d'un programme de jour pour les personnes cérébralisées, qui leur offre des activités sociales et éducatives, l'acquisition de compétences, des sorties dans la collectivité ainsi que des services communautaires de gestion de cas. Les participants vont au programme de jour deux ou trois fois par semaine pendant six mois; ils ont aussi la possibilité d'y faire de courts séjours de répit d'une nuit. Les thérapeutes du comportement et de la réadaptation du programme de jour ont une longue expérience de travail auprès des patients cérébralisés qui manifestent des troubles comportementaux. Le financement du programme externe, lancé en 2000, vient des fonds d'exploitation du West Park Health Care Centre. Le réseau local d'intégration des soins de santé (RLISS) du Centre-Toronto finance séparément le programme de jour, qui existe depuis 2009.

Le service externe pour les troubles du comportement et le programme de jour font preuve d'innovation dans leur façon d'aborder les besoins des personnes cérébralisées. Les thérapeutes du comportement du service externe travaillent à domicile avec les clients et les membres de leur famille ou leurs aidants pour traiter les troubles comportementaux, qui sont une source de détresse et restreignent souvent la capacité des clients de s'intégrer dans leur collectivité d'origine. Ce service n'est pas offert par le secteur public, et il n'est pas possible de répondre adéquatement aux besoins des clients par une thérapie conventionnelle dans un bureau de services externes. Ce service est fourni pendant un an ou plus afin de s'assurer que les interventions sont efficaces et qu'elles sont maintenues. Les stratégies d'intervention sont personnalisées afin de répondre aux besoins de chaque client, car les problèmes de comportement sont particuliers à chacun. Le but de l'intervention est de réduire les comportements qui perturbent les relations sociales et familiales et d'accroître la participation à des activités communautaires. Les services donnés en externe réduisent le recours à des traitements en milieu hospitalier et à des interventions médicamenteuses, et permettent aux patients de continuer de vivre dans leur domicile ou leur lieu de résidence.

Le programme de jour accepte des clients qui présentent des troubles comportementaux, notamment agitation, colère, irritabilité et vagabondage. Généralement, les programmes de jour pour les personnes cérébralisées et les autres programmes communautaires ne reçoivent pas les clients atteints de troubles importants du comportement, faute de connaissances sur la façon de gérer les comportements difficiles des clients. Le but général de notre programme de jour est de réduire l'isolement des participants en leur faisant expérimenter des situations sociales ainsi qu'en leur offrant des formations et la possibilité de participer à des activités communautaires. Quand ils quitteront le programme de jour, les participants devraient être plus aptes à réaliser chez eux des activités productives.



RÉPERCUSSIONS :

Les services externes offerts à chaque client sont le résultat d'une évaluation clinique. L'utilisation d'échelles de réalisation des objectifs a montré que la plupart des clients réussissent à atteindre les objectifs définis par le service. Comme les troubles du comportement sont particuliers à chaque client, il s'est avéré difficile d'avoir recours à des tests standardisés pour mettre en évidence un changement comportemental. Nous examinons plutôt les modifications cliniques du comportement de chaque client pendant toute la durée du traitement, comme la fréquence des agressions, les épisodes d'agitation et la fréquence de la participation à des activités productives.

Des données provisoires sur des mesures standardisées concernant 19 participants du programme de jour montrent une augmentation significative de l'intégration communautaire, une diminution significative du fardeau de la famille, et une diminution des comportements difficiles. Les familles étaient très satisfaites du programme. Ces résultats ont été présentés au congrès sur les lésions cérébrales acquises de Toronto en novembre 2012.

Les clients du service externe ont largement réussi à continuer de vivre chez eux ou dans leur lieu de résidence, telles les maisons de soins de longue durée, grâce à la réduction de leurs problèmes comportementaux. Un très petit nombre de clients du service externe ont dû être hospitalisés en raison de leurs troubles comportementaux. Dans certains cas, les clients ont pu retourner au travail, en tant que salarié ou bénévole. Nous n'avons pas pu évaluer formellement le fardeau de la famille, mais de nombreux proches ont fait des observations sur l'allègement de la charge des soins, directement attribuable aux services externes.

Nous avons examiné les relevés officiels d'utilisation des soins de santé pour les participants du programme de jour. Ceux-ci n'avaient pas fréquemment recours au système de soins de santé avant de s'inscrire au programme, et nous n'avons pas remarqué de changement visible pendant les six mois qui ont suivi leur inscription. Les services de gestion de cas ont pu mettre les participants en relation avec les services communautaires, y compris les services sociaux et médicaux le cas échéant. Quand les participants arrivent au terme de leur séjour au programme de jour, le gestionnaire de cas les oriente vers d'autres programmes de jour qui n'ont pas de limite de durée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Au Canada, le secteur public ne possède que peu de services externes qui ciblent les clients cérébrolésés vivant dans la collectivité. Nous savons qu'il existe d'autres prestataires de services externes pour les troubles comportementaux dans la région du Grand Toronto, mais ces services sont habituellement limités dans le temps et ne sont pas liés à un programme de réadaptation dépendant d'un établissement. La plupart des services externes pour les troubles comportementaux ne sont offerts qu'aux personnes atteintes de déficiences développementales.

Il existe au Canada beaucoup de programmes de jour pour les personnes cérébrolésées. Celui du West Park Health Care Centre se singularise en ce qu'il accepte des participants avec des troubles du comportement et qu'il offre des interventions comportementales. Par exemple, le programme de jour a réussi à réduire des comportements difficiles chez des clients agressifs verbalement et physiquement qui avaient été exclus d'autres programmes de jour. Nous avons également réussi à mener à bien l'apprentissage de la continence et de l'autonomie de la propreté chez des participants qui avaient été refusés par d'autres programmes. L'appartenance à un établissement de réadaptation comportementale pour les lésions cérébrales acquises permet aux participants du programme de jour d'avoir accès à une gestion de cas communautaire, à des soins de répit et à des consultations avec un psychiatre.

Ni le service externe pour les troubles comportementaux résultant d'une lésion cérébrale acquise ni le programme de jour pour les personnes cérébrolésées n'ont été reproduits ailleurs.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Gary Gerber
Titre : Directeur clinique, Services comportementaux pour les lésions cérébrales acquises
Organisme : West Park Health Care Centre
Courriel : gary.gerber@westpark.org
Téléphone : 416-243-3600, poste 2615

Dernière mise à jour : Décembre 2012

External Source: <http://www.westpark.org/Services/ABICommunityOutreachService.aspx>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Conseil de la santé de Cudworth

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La Région sanitaire de Saskatoon (RSS) a créé un processus de participation des citoyens afin de permettre aux habitants de la municipalité de Cudworth et des alentours d'influencer, de concevoir, de mettre en place et d'évaluer les services de santé de leur collectivité. La RSS tenait à l'échelon local de nombreux débats relatifs à la précarité du financement des services de laboratoire locaux; elle a donc invité les membres de la collectivité à participer à des échanges de vues sur la façon dont la collectivité et la région sanitaire pourraient travailler de concert dans le cadre de discussions sur les services de santé et les collectivités en santé. La région sanitaire a fourni le financement de l'initiative qui a lancé le Conseil. Des honoraires n'ont été versés à aucun participant. C'est à partir de ces discussions que le Conseil de la santé de Cudworth a été créé.

Les membres du Conseil ont été sélectionnés par la collectivité parmi la population locale. Le but du Conseil est de promouvoir la participation active des personnes et des collectivités à la planification, l'analyse et la mise en œuvre de stratégies qui maintiennent et améliorent la santé et le mieux-être des citoyens de la RSS. Les principaux objectifs sont : (1) d'élaborer des processus permettant d'apporter un soutien aux collectivités en tant que partenaires actifs de leur santé et de leurs services de soins de santé; (2) de créer des partenariats avec les collectivités et des intervenants clés afin de communiquer des informations et de favoriser la compréhension de perspectives qui ne seraient peut-être pas comprises autrement; (3) de renforcer les capacités en renseignant les personnes et les collectivités et en les mettant en mesure de se sentir davantage responsables de leur santé et de mieux la prendre en charge; (4) de développer une confiance et une crédibilité mutuelles à la faveur du processus de participation; et (5) de favoriser la création de services efficaces, efficaces et durables qui répondent adéquatement aux besoins des collectivités. L'évaluation, l'établissement de relations, la participation de la collectivité et la communication constituaient les éléments fondamentaux de la mise en œuvre du projet. Certaines des lignes directrices qui ont servi à créer ce projet sont exposées ci-dessous :

1. Les collectivités entreprendront de façon active et constructive de définir leurs propres besoins et de s'associer à des initiatives stratégiques clés.
2. Sauf en des circonstances qui échappent au contrôle de l'autorité sanitaire régionale de Saskatoon, aucune décision visant à éliminer, à modifier de façon substantielle ou à augmenter des services existants ne pourra être prise sans avoir été portée à la connaissance du Conseil de la santé local, sans la participation active de celui-ci, ni en l'absence d'un débat mené avec lui sur les options. Bien entendu, le pouvoir décisionnel revient en dernier ressort à l'autorité sanitaire régionale de Saskatoon.
3. La RSS et les collectivités locales se communiqueront sans réserve les informations qui touchent la santé et le mieux-être des résidents.
4. Afin d'encourager un mode de vie sain, la RSS et les collectivités locales travailleront de concert à des actions en faveur des stratégies prioritaires en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.
5. Le processus de participation doit être transparent, légitime et officiel. La contribution de la collectivité est appréciée et la région s'engage à lui fournir une rétroaction au sujet de ses décisions.
6. Les participants devraient jouer un rôle dès le début du processus.
7. Les collectivités devraient réellement avoir la capacité d'influencer les décisions.
8. Les informations devraient être diffusées en temps utile, afin que les délais accordés pour les comprendre et en délibérer soient suffisants. Les informations doivent être claires, transparentes et faciles à comprendre.
9. La RSS doit mettre à disposition des ressources afin d'appuyer le processus de participation.
10. La RSS et le Conseil s'efforceront d'atteindre des résultats acceptables pour les deux parties.

RÉPERCUSSIONS :



Cette pratique n'a pas été évaluée officiellement. Cependant, une évaluation qualitative a été effectuée à l'échelon de la collectivité par le truchement de narrations. Voici quelques-unes des principales leçons apprises : faire participer les membres de la collectivité aux décisions qui les touchent ou qui touchent leur santé; ne pas prendre de décisions concernant la planification sanitaire sans faire intervenir la collectivité; associer la collectivité le plus tôt possible aux débats portant sur la planification sanitaire; employer un modérateur pour faciliter le processus.

Parmi les facteurs de réussite, on compte le fait que :

- La collectivité et la région sanitaire étaient acquises à un processus de dialogue, et toutes les parties sont restées « à la table », afin de résoudre par la négociation les questions difficiles.
- Les personnes présentes étaient celles qu'il fallait — elles disposaient d'un pouvoir décisionnel et pouvaient prendre des engagements en faveur d'un plan d'action sans avoir à demander des autorisations à un autre échelon.
- La direction de la région sanitaire était tenue au courant du processus et de ses progrès.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

À l'heure actuelle, deux collectivités ont adapté ce processus et cette pratique. Chaque collectivité définit son propre mandat ou ses attributions. Les Services de santé primaire viennent de publier un cadre pour la participation de la collectivité, qui fournit une explication détaillée de la façon d'entamer le dialogue avec elle. La province démontre un grand intérêt envers l'adaptation du processus et de la pratique à d'autres milieux communautaires. De fait, la participation de la collectivité est en bonne voie à Wadena, Wynard, Watrous, Wakaw et Delisle.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Pat Stuart
Titre : Gestionnaire, Services de santé primaire
Organisme : Région sanitaire de Saskatoon
Courriel : pat.stuart@saskatoonhealthregion.ca
Téléphone : 306-655-5364

Dernière mise à jour : 18 décembre 2012

Site Web d'intérêt :

<http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34>

LIEN EXTERNE :

[http://www.townofcudworth.com/Community%20Newsletter%20may%202012%20\(2\).pdf](http://www.townofcudworth.com/Community%20Newsletter%20may%202012%20(2).pdf)

External Source: [http://www.townofcudworth.com/Community%20Newsletter%20may%202012%20\(2\).pdf](http://www.townofcudworth.com/Community%20Newsletter%20may%202012%20(2).pdf)



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Clinique de mobilité du Centre de médecine familiale

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les patients à mobilité réduite qui ont recours à des aides techniques comme des fauteuils roulants éprouvent des difficultés à avoir accès aux soins de santé primaires; il en découle des besoins de soins non satisfaits, des risques élevés d'événements indésirables ainsi que des complications diverses. Des espaces physiques mal conçus, l'absence d'équipements adéquats et une connaissance insuffisante des besoins en matière de soins pour les personnes à mobilité réduite limitent l'accès aux soins. Afin de s'attaquer à ces difficultés, l'équipe de santé familiale (ESF) du Centre de médecine familiale a fondé à Kitchener, en Ontario, sa clinique de mobilité, une clinique de soins primaires interprofessionnelle et entièrement accessible, réalisée en collaboration avec la Fondation ontarienne de neurotraumatologie et le *Schlegel Research Institute for Aging* de l'Université de Waterloo. La phase d'élaboration du projet s'est étendue de juillet à décembre 2009, et la clinique est entrée pleinement en service en janvier 2010.

Les objectifs de la clinique de mobilité sont d'accroître l'accès aux médecins de famille pour les patients à mobilité réduite; d'améliorer les soins aux patients ayant des problèmes de mobilité; de faire mieux connaître, par des actions éducatives, les questions liées à la mobilité; et d'élaborer d'autres projets cliniques, de formation et de recherche. L'aiguillage vers la clinique de mobilité est réservé essentiellement aux patients inscrits sur la liste de l'ESF du Centre de médecine familiale. Le personnel de la clinique de mobilité forme une équipe interprofessionnelle, regroupant des intervenants et des spécialistes en médecine familiale, en chiropratique, en ergothérapie, en travail social, en soins infirmiers, en pharmacie et en physiothérapie. Une clinique de mobilité spécialisée est offerte une demi-journée par semaine, mais les services de la clinique sont accessibles quatre autres jours par semaine. Deux sites possèdent des salles et des équipements spécialisés (p. ex., lève-personne, tables d'examen ajustables, balance). Une évaluation globale est effectuée par l'équipe interprofessionnelle, laquelle prépare un plan de soins qui sera mis en œuvre selon une approche de soins partagés. Le suivi se fait par téléphone, par une autre consultation au cabinet médical ou une visite à domicile. Les résultats sont transmis au médecin traitant.

La clinique de mobilité a noué des liens avec des intervenants clés de la collectivité : Lésions médullaires Ontario lui a adressé des patients atteints d'une lésion médullaire qui n'avaient pas de médecin de famille, et grâce à une collaboration avec le YMCA, elle produira un programme d'exercice accessible aux personnes présentant une déficience physique. Une partie du financement de la clinique de mobilité est fournie par la Fondation ontarienne de neurotraumatologie, par le *Schlegel Research Institute for Aging* et par le Centre de médecine familiale.

RÉPERCUSSIONS :

Le programme de la clinique de mobilité a été évalué au moyen de méthodes mixtes, quantitatives et qualitatives. Des entrevues et des enquêtes sur la satisfaction des patients et des enquêtes sur la satisfaction des professionnels et des apprenants du milieu de la santé ont été effectuées, ainsi que des entrevues avec des intervenants clés et des membres de l'équipe. Les patients étaient extrêmement satisfaits de la clinique; ils ont fait état d'améliorations à l'accès aux soins, ils étaient d'avis que leurs prestataires de soins étaient bien informés et ils estimaient que l'accès à l'immeuble et aux équipements spécialisés était sécuritaire. Du point de vue des patients, les effets du programme consistaient en l'amélioration de l'accès à une évaluation globale et à des soins interprofessionnels, ainsi que dans des progrès en matière de qualité des soins et de résultats de santé.

Les professionnels de la santé qui orientaient des patients vers la clinique en étaient très satisfaits, soulignant son influence positive sur la disponibilité de services de consultation. Les apprenants étaient très satisfaits de la formation reçue à la clinique. Selon les praticiens qui avaient adressé des patients à la clinique, celle-ci contribuait à alléger le fardeau des soins et à accroître leur capacité de gérer les patients ayant des problèmes de mobilité. Les incidences sur le système de santé comprenaient l'accès en temps opportun à des soins de proximité et un moindre recours aux soins actifs ou de longue durée. La liste des facteurs clés vus comme contribuant à la réussite la clinique englobait le soutien des responsables à l'équipe de



santé familiale, le partenariat avec l'Association canadienne des paraplégiques (devenue Lésions médullaires Ontario), l'accessibilité des locaux et des équipements et la possibilité de faire des ajustements pour répondre aux besoins des patients. Les difficultés de mise en pratique concernaient la gestion de l'augmentation des demandes de services, la grande variété des problèmes de mobilité traités par la clinique et les contretemps du système, tel le manque d'accès aux laboratoires, aux centres d'imagerie diagnostique et aux bureaux des spécialistes. Les résultats de l'étude indiquent que des cliniques de mobilité interprofessionnelles et accessibles implantées dans des milieux de soins de santé primaires peuvent concourir au renforcement de la capacité d'améliorer l'accès aux soins des patients et d'optimiser la qualité des soins.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La Fondation ontarienne de neurotraumatologie et le site de Kitchener-Waterloo de l'Université McMaster ont exprimé un vif intérêt envers la mise au point d'un programme de formation pour les prestataires de soins de santé primaires afin de les aider à créer des cliniques de mobilité viables dans toute la province. La clinique de mobilité est actuellement intégrée au programme du Département de médecine familiale de l'Université McMaster pour la formation clinique des résidents omnipraticiens du site de Kitchener-Waterloo. S'étant inspirée du modèle de la clinique de la mémoire du Centre de médecine familiale (une clinique multidisciplinaire, implantée dans 30 ESF de part et d'autre de l'Ontario, qui prend en charge avec succès, dans un milieu de soins de santé primaires, des patients atteints de déficiences cognitives), elle vise à faire connaître ce modèle à d'autres équipes. En ce moment, cette généralisation en est à l'étape de la faisabilité et de l'élaboration du processus.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r James Milligan
Organisme : Équipe de santé familiale du Centre de médecine familiale
Courriel : james.milligan@medportal.ca
Téléphone : 519-783-0022

Dernière mise à jour : 6 décembre 2012

Site Web d'intérêt :

<http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations>

External Source: <http://family-medicine.ca/events-and-clinics/clinics/mobility-clinic/>