



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

## Thème : Ressources humaines de la santé (vol. 2)

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:	Ressources humaines de la santé	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	31 résultats sur 92

### 1. Infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, novembre 26, 2006 - 14:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice réduit les temps d'attente pour les services de chirurgie en améliorant la réserve de ressources humaines en santé compétentes qui sont disponibles. Le rôle d'infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie (IA-PAC) a été créé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (le Ministère) dans le cadre de la stratégie Professions Santé Ontario en mai 2006. Cette stratégie comprenait 34,2 équivalents temps plein (ETP) dans 20 organisations et s'est élargie depuis pour inclure 78,5 ETP dans 35 organisations partout en Ontario.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Colleen Lipskie **Titre :** Chef d'équipe et analyste principale des politiques **Organisme :** Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
**Courriel :** colleen.lipskie@ontario.ca **Téléphone :** 416-212-3846 **Dernière mise à jour :** 21 août 2013

### 2. Initiative concernant les cliniciens adjoints en soins primaires

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, novembre 26, 2004 - 14:00	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b> www.westviewpcn.ca
---	--------------------------	---

**SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice améliore l'accessibilité, la coordination, la continuité et l'intégralité des services de soins primaires dans la circonscription hospitalière de Westview Primary Care Network en Alberta. L'Initiative concernant les cliniciens adjoints a été instaurée en 2005 pour un mandat d'une durée de quatre ans, et depuis 2009, continue d'élargir sa portée et sa capacité parmi les huit cliniques de médecine familiale participantes.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Grace Moe **Titre :** Directrice exécutive, Planification stratégique **Organisme :** WestView Primary Care Network **Courriel :** grace.moe@westviewpcn.ca **Téléphone :** 780-948-2435 **Dernière mise à jour :** 7 août 2013

### 3. Adapter le Programme des services de santé non assurés (SSNA) afin de répondre aux besoins des aînés des Premières nations : The Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP)

<b>Implementation Year:</b> Samedi, novembre 26, 2011 - 10:00	<b>Location:</b> Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador , Nouvelle-Écosse, île-du-Prince-Édouard	<b>Practice Website:</b>
--	---	--------------------------

**SNAPSHOT:**

: Cette pratique novatrice aborde la nécessité d'améliorer les programmes et services de la DGSPNI dans la région de l'Atlantique afin de mieux comprendre les besoins des aînés et d'améliorer leur santé ainsi que leur bien-être. Le Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care a été lancé en janvier 2011. Les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI collaborent avec le Mi'kmaq Maliseet Atlantic Board dans le but d'instaurer le plan.



**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Louise Cholock **Titre :** Directrice, DGSPNI **Organisme :** Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Atlantique **Courriel :** Louise.Cholock@hc-sc.gc.ca **Téléphone :** 902-426-2519 **Dernière mise à jour :** Le 7 octobre 2013

**4. L'AIDE-PROCHES : un soutien pour l'intégration des soins des aidants et des aidés**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, novembre 5, 2001 - 14:15	<b>Location:</b> Québec	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.msvu.ca/nsca/caregiverassessment">www.msvu.ca/nsca/caregiverassessment</a>
---	-------------------------	---

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice favorise l'intégration des soins des aidés et des aidants en proposant un cadre afin d'amener les aidants à prendre part à une discussion sur leurs préoccupations et leurs attentes. Cet instrument psychosocial multidimensionnel a initialement été mis à l'essai en 2001, au Québec et en Nouvelle-Écosse, par des praticiens qui œuvraient dans des organismes financés par l'État qui étaient chargés de coordonner des services de soins à domicile.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Nancy Guberman **Titre :** Professeure retraitée de l'École de travail social **Organisme :** Université du Québec à Montréal **Courriel :** Guberman.nancy@uqam.ca ; caretool@msvu.ca **Téléphone :** 514-276-6236

**5. Nova Scotia's Cancer Patient Navigation Program (programme d'orientation pour les patients atteints du cancer de la Nouvelle-Écosse)**

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, octobre 7, 2001 - 14:00	<b>Location:</b> Nouvelle-Écosse	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.cancercare.ns.ca/en/home/nscancerse rvices/cancerpatientnavigation/default.aspx">http://www.cancercare.ns.ca/en/home/nscancerse rvices/cancerpatientnavigation/default.aspx</a>
---	----------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice aborde la question de l'amélioration de la coordination et de la continuité des soins pour les patients atteints du cancer. Le programme constitue un processus de collaboration qui se veut proactif entre le patient et sa famille et l'équipe de soins interprofessionnelle afin d'effectuer des interventions cliniques et de fournir de l'information, un soutien affectif et une aide logistique au fur et à mesure que les patients et leurs familles s'adaptent aux traitements et services complexes et font face à des obstacles éventuels tout au long du continuum de soins. La pratique communautaire emploie les services d'infirmières spécialisées en oncologie ainsi que des intervenants-pivots pour les patients atteints du cancer, et a été inaugurée en Nouvelle-Écosse en 2001 au niveau des offices régionaux de la santé.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Meg McCallum **Titre :** Gestionnaire provinciale, Éducation et orientation de patients **Organisme :** Cancer Care Nova Scotia **Courriel :** meg.mccallum@ccns.nshealth.ca **Téléphone :** 902-473-3781

**6. Le Mental Health Engagement Network : permettre aux patients de consulter leurs dossiers de santé personnalisés grâce à la technologie du téléphone intelligent**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, octobre 9, 2012 - 14:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html">http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html</a>
--	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'offrir des soins mobiles centrés sur le patient aux personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale. Lancée en Ontario, la pratique mettait à contribution 55 professionnels de la santé mentale.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Cheryl Forchuk **Titre :** Chercheuse principale **Organisme :** Université Western Ontario/Lawson Health Research Institute **Courriel :** cforchuk@uwo.ca **Téléphone :** 519 685-8500, poste 77034

**7. Initiative de services aux étudiants interprofessionnels de l'hôpital de réadaptation Glenrose**

<b>Implementation Year:</b>	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------



<b>Dimanche, octobre 7, 2012 - 13:15</b>		
--	--	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'accroître l'accès des étudiants à des stages cliniques interprofessionnels tout en augmentant l'accès aux services de réadaptation pour les adultes et les personnes âgées. Cette pratique a été lancée à l'hôpital de réadaptation Glenrose en 2012 en collaboration avec la faculté de médecine physique et de réadaptation de l'Université de l'Alberta.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom : Isabel Henderson, vice-présidente** **Organisme : Alberta Health Services, hôpital de réadaptation Glenrose** **Courriel : Isabel.henderson@albertahealthservices.ca** **Téléphone : 780-735-7984**

**8. Resources in Clinics (RICs): Interprofessional Teamwork in Primary Care (ressources dans les cliniques : équipe interprofessionnelle en soins primaires)**

<b>Implementation Year: Jeudi, octobre 7, 2010 - 13:00</b>	<b>Location: Alberta</b>	<b>Practice Website:</b>
--	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde la question de l'encouragement du travail d'équipe dans un milieu interprofessionnel de soins primaires en jumelant (ou en formant des dyades) des médecins de famille et du personnel de soutien. La pratique, qui a été lancée en juin 2010 dans un réseau de soins primaires en Alberta, dans le nord d'Edmonton, mettait à contribution des médecins de famille et leur personnel.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom : Paul Regehr** **Titre : Clinical Manager** **Organisme : Edmonton North Primary Care Network** **Courriel : pregehr@enpcn.com** **Téléphone : 780-377-4084**

**9. Antimicrobial Stewardship Program to Decrease Hospital Infections**

<b>Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 11:00</b>	<b>Location: Ontario</b>	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique aborde la question de l'optimisation de l'utilisation d'antimicrobiens comme moyen pour lutter contre les infections d'origine hospitalière et pour améliorer la sécurité des patients. En avril 2010, le Toronto East General Hospital a mis sur pied un programme de gestion des antimicrobiens (PGA) dans le cadre du projet de gestion des antimicrobiens de l'Ontario.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom : Dr Jeff Powis, directeur, Programme de gestion des antimicrobiens** **Organisme : Toronto East General Hospital** **Courriel : jpowi@tegh.on.ca** **Téléphone : 416-4698-6252**

**10. Safer Care for Older Persons (in residential) Environments (SCOPE) ou des soins plus sécuritaires pour les personnes âgées dans les foyers**

<b>Implementation Year: Jeudi, septembre 2, 2010 - 00:45</b>	<b>Location: Alberta, Colombie-Britannique</b>	<b>Practice Website: N/a</b>
--	--	------------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins aux résidents âgés fragiles qui vivent dans des foyers de soins infirmiers et à améliorer la qualité de la vie au travail pour les fournisseurs de soins de première ligne qui évoluent dans ces établissements. La pratique a été lancée en Alberta et en Colombie-Britannique, soit dans deux foyers de soins infirmiers d'envergure, en Alberta, et dans cinq plus petits, à Okanagan, en Colombie-Britannique. L'initiative faisait appel à dix unités réparties dans les sept foyers, qui étaient composées chacune d'un promoteur (gestionnaire) principal, de deux ou trois aides-soignantes et d'un ou deux professionnels enregistrés, comme une infirmière autorisée ou un physiothérapeute agréé.



**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Lisa A Cranley **Titre :** Professeure agrégée **Organisme :** Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta **Courriel :** lisa.cranley@nurs.ualberta.ca **Téléphone :** S.O. **Dernière mise à jour :** Le 8 juillet 2013

**11. Programme de suivi des survivants du cancer colorectal de l'équipe de santé familiale de North York**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 09:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.nyfht.com/displayProgram.php?prog=Colorectal%20Cancer%20Survivorship%20Program">http://www.nyfht.com/displayProgram.php?prog=Colorectal%20Cancer%20Survivorship%20Program</a>
--	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à soigner les patients qui ont reçu un traitement contre un cancer colorectal de stade 1, 2 ou 3 pendant la période de suivi recommandée de cinq ans. Lancée dans un hôpital en Ontario, la pratique mettait à contribution des infirmières praticiennes, un chargé de cas et une réceptionniste.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Dre Kimberly Wintemute **Titre :** Directrice médicale **Organisme :** Équipe de santé familiale de North York **Courriel :** S.O. **Téléphone :** 416-223-0555 **Numéro du programme :** 416-494-3003, poste 131 **Dernière mise à jour :** 2013

**12. The Reitman Centre CARERS Program: Equipping carers with practical skills and emotional support to provide better care for individuals with dementia (le programme CARERS du centre Reitman : outiller les aidants à l'aide d'habiletés pratiques et d'un souti**

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, février 3, 2008 - 00:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.mountsinai.on.ca/care/reitman">http://www.mountsinai.on.ca/care/reitman</a>
--	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice se penche sur la nécessité pour les aidants professionnels et les aidants communautaires d'acquérir des habiletés d'adaptation pratiques et émotionnelles afin de leur permettre de soigner efficacement les personnes atteintes de démence. Lancé en 2008 dans un centre de formation d'un hôpital universitaire de l'Ontario, le programme est orienté sur les aidants qui œuvrent dans la collectivité, mais il s'étend maintenant de manière à offrir une formation en milieu de travail aux aidants qui font partie de la population active, c'est-à-dire aux aidants naturels qui travaillent.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Dr Joel Sadavoy **Titre :** Responsable de la psychiatrie gériatrique, le Reitman Centre for Alzheimer's Support and Training; responsable des services de psychiatrie communautaires **Organisme :** Hôpital Mount Sinai **Courriel :** Jsadavoy@mtsina.on.ca **Téléphone :** 416-586-5262 **Dernière mise à jour :** Le 8 août 2013

**13. Modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle de l'Hôpital général de Kingston**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:15	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> N/a
--	--------------------------	------------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice décrit la conception et la mise sur pied d'un modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle (MPCI) sûr, rentable et centré sur le patient et la famille en milieu hospitalier. Le MPCI a été mis en place en Ontario en novembre 2009 dans plusieurs unités de soins aux patients au sein d'un grand hôpital.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Cynthia Phillips **Titre :** Gestionnaire de projet et de la pratique interdisciplinaire **Organisme :** Hôpital général de Kingston **Courriel :** phillipc@kgh.kari.net **Téléphone :** 613-549-6666, poste 4867 **Dernière mise à jour :** 29 Mai 2013

**14. Programme de stages communautaires intégrés pour l'évaluation clinique des étudiants de premier cycle en médecine à l'Université de la Colombie-Britannique**

<b>Implementation Year:</b> Mardi,	<b>Location:</b>	<b>Practice Website:</b> <a href="http://mdprogram.med.ubc.ca/program-informatio">http://mdprogram.med.ubc.ca/program-informatio</a>
------------------------------------	------------------	--



février 3, 2004 - 00:15	Colombie-Britannique	n/integrated-community-clerkships/
-------------------------	----------------------	------------------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à combler la pénurie de médecins dans les collectivités rurales et éloignées. La pratique, qui a été lancée en septembre 2004 à l'hôpital général de Chilliwack, en Colombie-Britannique, met à contribution six médecins de famille à titre de précepteurs primaires ainsi qu'un groupe de dirigeants du corps enseignant afin d'exécuter la planification du programme.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Dr Mark MacKenzie **Titre :** Directeur du programme de stages communautaires intégrés **Organisme :** Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique **Courriel :** Icc.admin@ubc.ca **Téléphone :** 604-875-4111, poste 62380 **Dernière mise à jour :** Juin 2013

**15. Rencontres sur le rendement : rassembler les équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2011 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
--	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice est un moyen pour les équipes interprofessionnelles de communiquer, de collaborer et de surveiller les progrès réalisés dans le but d'améliorer la qualité au point de service. Lancée en Ontario en novembre 2011, cette pratique interactive a lieu dans plusieurs unités de soins aux patients réparties entre trois sites d'un organisme de santé.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Kiki Ferrari **Titre :** Directrice exécutive, Services cliniques **Organisme :** William Osler Health System **Courriel :** kiki.ferrari@williamoslerhs.ca **Téléphone :** 905-494 2120, poste 50167 **Dernière mise à jour :** Le 6 mai 2013

**16. Heart Failure Outreach Support Team (HOST)**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 10, 2011 - 09:00	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
---	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice facilite la diminution des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours pour les patients qui souffrent d'une insuffisance cardiaque en modifiant le rôle des infirmières autorisées dans le processus de congé. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans une autorité sanitaire, met à contribution des infirmières autorisées, les services cardiovasculaires, l'administration du service cardiovasculaire ainsi que des équipes interprofessionnelles en milieu hospitalier.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Carol Galte **Titre :** Chef de la Heart Failure Outreach Support Team **Organisme :** Services cardiaques du Surrey Memorial Hospital, Fraser Health Authority **Courriel :** Carol.Galte@fraserhealth.ca **Téléphone :** 604-805-1142 **Dernière mise à jour :** Le 19 mai 2013

**17. Évaluation de la mise sur pied de modules d'éducation sur les problèmes de santé dans le cadre d'interventions précises par des pharmaciens : l'étude « AIMS »**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 10, 2011 - 00:00	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
---	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à déterminer si les modèles d'éducation sur les problèmes de santé ont amélioré les soins aux patients. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans une régie de la santé (Interior Health), met à contribution des pharmaciens et des responsables de pharmacie qui ont des antécédents en pédagogie et en formation.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Sean K. Gorman **Titre :** Coordonnateur régional **Organisme :** Clinical Quality and Research Pharmacotherapeutic Specialist – Critical Care,



Interior Health Courriel : s.o. Téléphone : s.o. Dernière mise à jour : Le 31 mai 2013

### 18. Clinique interprofessionnelle de physiothérapie et d'ergothérapie dirigée par des étudiants

<b>Implementation Year:</b> Lundi, février 2, 2009 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b> <a href="http://physicaltherapy.med.ubc.ca/clinical-education/clin-ed-current-students/placement-opportunities/">http://physicaltherapy.med.ubc.ca/clinical-education/clin-ed-current-students/placement-opportunities/</a>
--	---------------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à accroître la capacité d'offrir des stages cliniques ainsi que le leadership chez les étudiants en physiothérapie et en ergothérapie et à promouvoir un modèle de soins interprofessionnels intégrés. La pratique a été lancée en Colombie-Britannique en juin 2009 sous la forme d'une clinique externe dans un grand hôpital de soins actifs.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Scott Brolin **Titre :** Directeur de programme, Réadaptation / Soins paramédicaux **Organisme :** Fraser Health Courriel : [scott.brolin@fraserhealth.ca](mailto:scott.brolin@fraserhealth.ca) **Téléphone :** 604-897-4252

### 19. Le fournisseur de soins primaires en santé musculo-squelettique

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

**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](mailto:aprashad@chiropractic.on.ca) **Téléphone :** 416-860-7188 Dernière mise à jour : Le 9 avril 2013

### 20. Projet de préparation à la pratique et à l'examen national en ergothérapie (PPE-Ergo)

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, février 3, 2008 - 00:15	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.ppe-ergo.ca/">http://www.ppe-ergo.ca/</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice montre comment soutenir et favoriser la transition des ergothérapeutes formés à l'étranger vers l'exercice de leur profession au Canada

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Sue Baptiste **Titre :** Professeure **Organisme:** McMaster University, School of Rehabilitation Science Courriel : [baptiste@mcmaster.ca](mailto:baptiste@mcmaster.ca) **Téléphone :** 905-525-9140, poste 27804

### 21. Le Modèle de soins interprofessionnels© de L'Hôpital d'Ottawa (MSIP© de L'HO)

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2007 - 00:30	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare">http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice est un guide servant à coordonner les soins offerts aux patients par les professionnels de la santé des différentes disciplines. Le modèle tient compte des compétences spécifiques des différents professionnels de la santé, des orientations stratégiques de leur hôpital et de la nécessité de collaborer pour offrir des soins axés sur le patient.

**CONTACT INFORMATION:**



Nom : Ginette Rodger Titre : Première vice-présidente de la Pratique professionnelle et chef de direction des Soins infirmiers Organisme : L'Hôpital d'Ottawa Courriel : grodger@ottawahospital.on.ca Téléphone : 613-737-8749

## 22. A Continuum of Care from Hospital to Home for Clients Requiring Long-Term Ventilation (Un continuum de soins de l'hôpital à la maison pour les patients qui ont besoin d'une assistance ventilatoire prolongée)

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2008 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.crto.on.ca/hfo.aspx">http://www.crto.on.ca/hfo.aspx</a>
--	-------------------	---

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à montrer que l'ajout de thérapeutes respiratoires dans l'équipe de soins de santé communautaires permettrait à de nombreux clients sous assistance ventilatoire prolongée de retourner en toute sécurité à la maison et d'y rester.

### CONTACT INFORMATION:

Nom : Carole Hamp Titre : Directrice de l'assurance de la qualité et Relations avec les membres Organisme : Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario Courriel : hamp@crto.on.ca Téléphone : 416-591-7800, poste 33

## 23. Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien : La réforme des soins de santé passe par des équipes interprofessionnelles

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://npao.org/nurse-practitioners/clinics/">http://npao.org/nurse-practitioners/clinics/</a>
--	-------------------	---

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice s'attaque au manque de services de soins de santé communautaires à l'aide d'une clinique dirigée par du personnel infirmier praticien.

### CONTACT INFORMATION:

Nom : Beth Cowper-Fung Titre : Directrice de la clinique DPIP de Georgina et présidente de l'AIPO Organisme : Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario Courriel : beth.cowperfung@gnplc.ca Téléphone : 905-722-3251 Dernière mise à jour : Le 17 avril 2013

## 24. La Garantie d'emploi pour les diplômés en soins infirmiers de l'Ontario : une politique d'emploi novatrice en Ontario

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training_%7C_Practising_In_Ontario/Nursing_Strategy/Nursing_Graduate_Guarantee">http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training_%7C_Practising_In_Ontario/Nursing_Strategy/Nursing_Graduate_Guarantee</a>
--	-------------------	---

### SNAPSHOT:

Ce programme novateur vise à accroître les emplois à temps plein ainsi que l'intégration des nouveaux diplômés en soins infirmiers dans la population active au sein de différents secteurs de soins de santé.

### CONTACT INFORMATION:

Nom : Andrea Baumann, inf. aut., Ph. D. Titre : Directrice scientifique Organisme : Nursing Health Services Research Unit, McMaster University Courriel : baumanna@mcmaster.ca Téléphone : 905-525-9140, poste 22581 Dernière mise à jour : Le 22 avril 2013

## 25. Bereavement Information and Support Program, Multimedia Resource Manual (programme d'information et de soutien pour les personnes en deuil, manuel de ressources multimédias)

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2012 - 01:15	Location: Terre-Neuve-et-Labrador	Practice Website: <a href="http://www.easterhealth.ca">http://www.easterhealth.ca</a>
--	-----------------------------------	---





**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice procure aux personnes et aux groupes les connaissances et les outils nécessaires afin de créer des programmes de soutien pour les personnes en deuil dans leurs propres collectivités.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Rick Singleton **Titre :** Directeur régional du service de pastorale et de l'éthique **Organisme :** Eastern Health **Téléphone :** 709-777-8940 **Courriel :** rick.singleton@easternhealth.ca

**26. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module transformation**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, janvier 2, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Rachael Roberts **Titre :** Responsable **Organisme :** BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) **Courriel :** rachael.roberts@phsa.ca **Téléphone :** 604-875-7234

**27. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, pratique axée sur la collaboration**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
---	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Rachael Roberts **Titre :** Responsable **Organisme :** BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) **Courriel :** rachael.roberts@phsa.ca **Téléphone :** 604-875-7234

**28. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module mentorat**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
---	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Rachael Roberts **Titre :** Responsable **Organisme :** BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) **Courriel :** rachael.roberts@phsa.ca **Téléphone :** 604-875-7234

**29. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module de base**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
---	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**



**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Rachael Roberts **Titre :** Responsable **Organisme :** BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) **Courriel :** rachael.roberts@phsa.ca

**30. Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module accompagnement**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	--	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Rachael Roberts **Titre :** Responsable **Organisme :** BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC) **Courriel :** rachael.roberts@phsa.ca **Téléphone :** 604-875-7234

**31. InspireNet : des services et une pratique de soins infirmiers novateurs éclairés par un réseau de recherche et d'évaluation**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2011 - 09:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	--	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Pat Atherton **Titre :** Gestionnaire **Organisme :** InspireNet **Courriel :** patherton@inspirenet.ca



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

# Infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique innovatrice réduit les temps d'attente pour les services de chirurgie en améliorant la réserve de ressources humaines en santé compétentes qui sont disponibles. Le rôle d'infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie (IA-PAC) a été créé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (le Ministère) dans le cadre de la stratégie Professions Santé Ontario en mai 2006. Cette stratégie comprenait 34,2 équivalents temps plein (ETP) dans 20 organisations et s'est élargie depuis pour inclure 78,5 ETP dans 35 organisations partout en Ontario.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le rôle d'IA-PAC fut instauré en mai 2006 en tant que projet pilote partiellement capitalisé et s'échelonnant sur un an. Lors de la phase pilote, on a utilisé un modèle de financement partagé, selon lequel le Ministère assurait la moitié du salaire et des avantages pour les IA-PAC et les organismes étaient responsables de l'autre moitié. En mai 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé un financement complet pour les IA-PAC dans le cadre du projet pilote.

Les infirmières et infirmiers autorisés (IA) occupant le rôle d'IA-PAC doivent posséder les qualifications et les études exigées pour exercer cette fonction, notamment :

- un permis d'exercice en vigueur à titre d'IA délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario;
  - un diplôme d'un programme d'enseignement reconnu en tant qu'infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie;
  - un certificat en vigueur en soins infirmiers péri-opératoires–(C) CSIP;
  - et un certificat en vigueur en technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire.

## RÉPERCUSSIONS :

En mars 2009, on a mené des discussions de groupe parmi l'ensemble des 20 établissements cliniques hôtes, dont 16 ont également rempli des sondages. Parmi les répondants au sondage participant au programme (n=260), 42 p. cent étaient des infirmières et infirmiers (IA–PAC et des infirmières et infirmiers en salle d'opération); 38 p. cent des médecins (chirurgiens, anesthésiologistes et premiers assistants en chirurgie); 16 p. cent des administrateurs et 4 p. cent d'autres membres de l'équipe de la salle d'opération. Les mesures des résultats se rapportaient à la satisfaction quant au rôle et à son incidence, comme la diminution de la pénurie de ressources humaines en santé, la réduction des temps d'attente en chirurgie, l'accroissement de l'accès pour les patients, l'amélioration des modèles de soins en équipe, la prestation de soins centrés sur le patient, et ainsi de suite. Les réponses étaient très positives, et les chirurgiens étaient le groupe d'intervenants les plus satisfaits. Selon l'évaluation formelle du rôle d'IA-PAC, on indiquait également qu'il améliore les modèles de soins en équipe et fournit un soutien pour les stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif en soins infirmiers en offrant un perfectionnement professionnel et un avancement.

Depuis la période initiale de collecte de données s'échelonnant sur deux ans réalisée conjointement avec le projet pilote, on a effectué dans le cadre du programme une surveillance et une évaluation continue aux fins de planification et d'information à l'interne.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les postes d'IA-PAC existent au Canada depuis les années 90. En 1992, l'Operating Nurses Association of Canada était le premier organisme à étudier officiellement les possibilités d'un rôle élargi pour les infirmières et infirmiers en soins péri-opératoires. En 1994, le Québec est devenu la première province à reconnaître officiellement le poste d'IA-PAC, et avant 2000, toutes les provinces canadiennes avaient reconnu le rôle d'IA-PAC tel qu'il est établi selon le champ d'exercice des soins infirmiers. Le poste de premier assistant en chirurgie est issu de cette évolution du rôle d'IA en étant propre aux



compétences péri-opératoires, intra-opératoires et post-opératoires. L'acceptabilité de ce programme est démontrée à l'aide de sa transition de l'état de projet pilote à une stratégie principale à l'échelle provinciale.

La Nouvelle-Écosse semble la seule autre province au Canada où ce poste existe. Aux fins de transférabilité plus générale, entre autre suggestions, mentionnons l'accent sur la promotion d'une clarté accrue du rôle parmi le personnel de la salle d'opération et de relations plus solides entre les corps enseignants et les organismes qui emploient les premiers assistants en chirurgie.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Colleen Lipskie

Titre : Chef d'équipe et analyste principale des politiques

Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Courriel : [colleen.lipskie@ontario.ca](mailto:colleen.lipskie@ontario.ca)

Téléphone : 416-212-3846

Dernière mise à jour : 21 août 2013

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

Professions Santé Ontario. *Registered nurse: Surgical first assist (RN-SFA) pilot project update*, 2009. Extrait de :

[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing\\_sec/docs/surgical\\_first\\_assist.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/docs/surgical_first_assist.pdf).

**Communications personnelles :**

Lipskie, C. (entrevue en date du 21 août 2013).



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

## Initiative concernant les cliniciens adjoints en soins primaires

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

**APERÇU :** Cette pratique innovatrice améliore l'accessibilité, la coordination, la continuité et l'intégralité des services de soins primaires dans la circonscription hospitalière de Westview Primary Care Network en Alberta. L'Initiative concernant les cliniciens adjoints a été instaurée en 2005 pour un mandat d'une durée de quatre ans, et depuis 2009, continue d'élargir sa portée et sa capacité parmi les huit cliniques de médecine familiale participantes.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le WestView Primary Care Network (réseau de soins primaires WestView) est l'un des 35 réseaux de soins primaires en Alberta. Dans ce réseau, il y a huit cliniques de médecine familiale, comportant 49 médecins de famille qui participent au modèle de soins en équipe. Ce modèle est appuyé par la *Family Practice Interprofessional Collaborative Practice Initiative* (initiative sur les pratiques interprofessionnelles en collaboration en médecine familiale), avec un financement offert par l'entremise de l'Alberta Primary Care Initiative, Alberta Health and Wellness et l'Alberta Medical Association.

Le clinicien adjoint (CA) est membre de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé et travaille en étroite collaboration avec le médecin de famille et d'autres fournisseurs de soins de santé afin d'aider à optimiser les champs d'exercice respectifs. Le poste de CA est doté par des professionnels de la santé de diverses disciplines, notamment des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, des pharmaciens, des psychologues, des physiothérapeutes et des thérapeutes en santé mentale. Le rôle du CA est déterminé selon les besoins de la population de patients donnée, les relations de travail et l'ensemble de compétences des autres fournisseurs de soins de santé ainsi que les intérêts professionnels et compétences du CA. Pour mettre en place un nouveau poste de CA dans une clinique, on soumet une description de travail au médecin responsable du programme de cliniciens adjoints afin d'assurer qu'elle correspond à la vision globale et aux lignes directrices du réseau de soins primaires WestView. Chaque clinique est ensuite responsable de toutes les procédures en ressources humaines, notamment le recrutement et l'exécution des fonctions.

### RÉPERCUSSIONS :

Depuis que cette initiative a été mise en œuvre, on effectue la collecte de données sur les consultations de façon continue et à l'aide de sondages auprès des fournisseurs et des patients. Selon les résultats préliminaires des consultations ayant fait l'objet d'une analyse en 2005-2006 et 2008-2009, il y avait une nette augmentation concernant le nombre de consultations et d'heures passées avec le CA, représentant une capacité et une accessibilité des services de niveau supérieur. Parmi les autres sondages qui ont été menés ultérieurement par le réseau de soins primaires WestView, mentionnons le sondage auprès des patients dans les cliniques de médecine familiale (2009, 2011, 2013), le sondage auprès des médecins (2007, 2011, 2013), le sondage auprès des autres fournisseurs de soins de santé (2007, 2011, 2013) et le sondage téléphonique dans la circonscription hospitalière de WestView Primary Care Network (2007, 2011, 2013). En l'espace d'un an, d'avril 2012 à mars 2013, les CA ont effectué ensemble environ 59 000 consultations, en doublant les chiffres en 2008, chaque CA effectuant en moyenne de 15 à 20 consultations par jour. En comparant les résultats de 2007 à ceux de 2013, on mentionnait de plus en plus l'importance du rôle du CA en ce qui concerne l'expérience des patients dans les établissements de soins primaires, ainsi que la proportion de patients recevant des soins de professionnels en soins infirmiers indépendamment du médecin traitant. Parmi les fournisseurs de soins de santé non-médecins qui ont répondu au sondage de 2013, 85 p. cent (n = 16) se disaient « très satisfaits et satisfaits » de leur rôle dans l'établissement de soins primaires, de leur relation avec leurs patients et de leur relation avec les médecins de famille. Dans l'ensemble, on indique que grâce à ces modèles d'équipes interprofessionnelles de soins de santé et à la participation du CA, les fournisseurs ont pu soigner davantage de patients sans compromettre la qualité des soins.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

En 2011, l'Initiative concernant les cliniciens adjoints s'est élargie en créant deux autres postes : le technicien responsable des



consultations proactives et l'adjoint clinicien responsable de la transition des soins. Ces postes ont été créés respectivement afin d'améliorer la qualité des soins préventifs, notamment pour les maladies chroniques, et la qualité de la transition des soins ambulatoires de la salle d'urgence à la clinique. Il y a maintenant un technicien responsable des consultations proactives dans chacune des huit cliniques de médecine familiale participantes, et deux infirmières et infirmiers autorisés ont été recrutés à titre de cliniciens adjoints responsables de la transition des soins. Également, à la suite des pratiques innovatrices établies par l'entremise du réseau de soins primaires WestView, on a instauré une clinique de santé familiale dirigée par une infirmière ou un infirmier praticien (IP) et appuyée par des médecins dans une collectivité des Premières nations dans la circonscription hospitalière en 2012. On n'a pas encore établi une analyse concernant ces rôles supplémentaires et la clinique dirigée par l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien.

Les postes de clinicien adjoint, de technicien responsable des consultations proactives et de clinicien adjoint responsable de la transition des soins ont tous été conçus pour répondre aux besoins et aux capacités en particulier du réseau de soins primaires WestView. À ce jour, ces postes n'ont pas été mis en place en dehors de ce réseau de soins primaires. Parmi les principaux éléments de transférabilité, mentionnons le niveau d'autonomie du modèle conçu pour les cliniques, selon lequel chaque clinique peut adapter le recrutement de CA et la passation de marchés en fonction des besoins de la population. Les CA peuvent être embauchés en tant qu'employés ou en tant qu'entrepreneurs afin d'accroître la souplesse liée à la responsabilité et aux compétences. Parmi les défis à relever, mentionnons un financement du système adéquat, l'accessibilité des installations pour les cas complexes et la bureaucratie accrue.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Grace Moe

Titre : Directrice exécutive, Planification stratégique

Organisme : WestView Primary Care Network

Courriel : [grace.moe@westviewpcn.ca](mailto:grace.moe@westviewpcn.ca)

Téléphone : 780-948-2435

Dernière mise à jour : 7 août 2013

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

##### ***Publications :***

Moe, J.S., Bailey, A.L., Kroeker, S. et G. Moe. (2010). *An interprofessional collaborative practice model: Primary-care clinical associates at the family practice setting*. *Healthcare Management Forum*, vol. 23, n° 4, p. 159–163. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739816>.

##### ***Communications personnelles :***

Moe, G. (courriel en date du 8 août 2013).

**External Source:** [www.westviewpcn.ca](http://www.westviewpcn.ca)



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

# Adapter le Programme des services de santé non assurés (SSNA) afin de répondre aux besoins des aînés des Premières nations : The Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP)

LOCATION:	Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde la nécessité d'améliorer les programmes et services de la DGSPNI dans la région de l'Atlantique afin de mieux comprendre les besoins des aînés et d'améliorer leur santé ainsi que leur bien-être. Le *Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care* a été lancé en janvier 2011. Les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI collaborent avec le Mi'kmaq Maliseet Atlantic Board dans le but d'instaurer le plan.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les aînés sont de plus en plus préoccupés par les programmes et les services offerts par la Région de l'Atlantique de la DGSPNI. Dans le cadre du nouveau *Strategic Action Plan for Atlantic First Nations Elder Care*, les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI s'efforcent d'améliorer les programmes et les services en place en formant un comité de cogestion, c'est-à-dire de prise de décisions partagée, avec les chefs des Premières nations de l'Atlantique, appelé le Mi'kmaq Maliseet Atlantic Health Board (conseil de la santé de l'Atlantique des Micmacs et des Malécites). En 2007, le conseil a établi les priorités, qui englobaient les soins des aînés. Le plan stratégique vise principalement à trouver et à favoriser des solutions locales afin de garder les aînés des Premières nations dans la communauté le plus longtemps possible et d'aborder les compétences culturelles, la qualité des soins et l'accès à la famille pour les personnes qui sont admises dans des établissements de soins de longue durée en dehors de la réserve.

Une première priorité consistait à examiner les politiques et les besoins liés au programme de la DGSPNI, qui sont déterminés principalement au palier national et qui ne peuvent pas être modifiés facilement. Le programme a été examiné dans l'optique de déterminer si la région possédait la latitude nécessaire pour apporter des changements afin de favoriser la santé et le bien-être des aînés.

Un outil appelé l'Elder Care Assessment Tool (ECAT) a été mis au point afin d'évaluer les politiques liées aux soins des aînés. On a commencé par déterminer les aspects du programme qui pouvaient être conçus ou modifiés à la discrétion des responsables de la région et par prendre en considération les préoccupations des aînés ainsi que leurs besoins en matière de santé et de mieux-être. L'outil a été mis en application lors d'un essai pilote pour le volet consacré au transport médical du programme de la DGSPNI. L'un des nombreux problèmes cernés par les aînés était l'obligation d'obtenir une préautorisation pour couvrir les frais de déplacement des escortes « non médicales » — habituellement un membre de la famille ou un ami — qui les accompagnent à leurs rendez-vous. Avant la tenue de l'examen, tous les membres des Premières nations devaient obtenir une préautorisation pour chaque rendez-vous. Pour les aînés qui ont des besoins complexes en matière de santé et qui consultent plusieurs médecins, ou pour les personnes âgées dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, cela pouvait se traduire par une quantité importante de formalités administratives. Après avoir mis l'outil en application, on a découvert que même si une direction régionale de la DGSPNI ne pouvait pas se soustraire à la préautorisation requise, il y avait une certaine latitude pour modifier la procédure dans le cas des personnes qui souffrent de problèmes de santé chroniques ou qui ont besoin d'une traduction. Aujourd'hui, ces personnes peuvent se procurer une préautorisation seulement une fois par année afin d'être accompagnées par une escorte non médicale à tous leurs rendez-vous. De plus, le formulaire de demande a été modifié



afin de le rendre plus clair à l'aide de questions faciles à répondre, ce qui permet au personnel de déterminer rapidement si la personne est admissible.

Un autre point à améliorer était l'accès des aînés aux médicaments d'ordonnance. Certains médicaments sont couverts automatiquement, tandis que d'autres doivent être approuvés par le Centre des exceptions pour médicaments de la DGSPNI à Ottawa. Le pharmacien doit appeler pour déclencher l'examen. Le Centre des exceptions pour médicaments envoie ensuite les documents au professionnel de la santé qui a prescrit le médicament. Le processus est parfois interrompu parce que le pharmacien n'a pas appelé le Centre des exceptions pour médicaments pour demander un examen ou parce que le prescripteur n'a pas rempli les documents. À cause de cette interruption, le médicament de la personne âgée n'est pas couvert et l'aîné doit le payer de sa poche ou demander à la bande le payer avec de l'argent destiné à un autre programme.

Les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI ont examiné les demandes de remboursement rejetées afin de déterminer les principaux médicaments visés. Ils ont découvert que la plupart des médicaments étaient approuvés après avoir été examinés par le Centre des exceptions pour médicaments. Dans les cas où le pharmacien n'avait pas appelé, le pharmacien régional du bureau de la DGSPNI avait communiqué avec la pharmacie pour rappeler la procédure à suivre. Le pharmacien régional envoyait également les résultats de ses recherches à un groupe de travail sur les pharmacies situé à l'administration centrale de la DGSPNI à Ottawa. Cette initiative a contribué à transférer certains médicaments dans la catégorie où ils sont couverts automatiquement, c'est-à-dire celle des médicaments couverts sans restriction. Le pharmacien régional a également conçu des formulaires sur lesquels figuraient des produits de remplacement pour les médicaments courants afin de permettre aux pharmaciens de choisir une solution de rechange automatiquement couverte par la DGSPNI si une personne obtient une ordonnance qui nécessite un appel au Centre des exceptions pour médicaments.

Les problèmes liés aux programmes et services de la DGSPNI ont fait l'objet de discussions un peu partout au pays, mais aucune autre région ne semble avoir adopté ce genre d'approche pour apporter des améliorations. Cette initiative unique suscite un intérêt dans d'autres régions du pays. Mis à part un petit contrat de 10 000 \$ pour un examen de la documentation lors des premières étapes de l'élaboration des projets, aucune autre ressource n'est rattachée au programme ou à l'outil en tant que tel.

#### **RÉPERCUSSIONS :**

Cette pratique novatrice, qui a été mise sur pied en janvier 2011, n'a pas été soumise à une évaluation à ce stade-ci. Un projet pilote a été mené dans le volet consacré au transport médical de la DGSPNI et les recommandations sont en voie d'être mises en place. Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique peut avoir des effets positifs sur la santé. L'ECAT a fait une différence : il a simplifié le processus et les formalités administratives pour les escortes non médicales et il a diminué le nombre de médicaments qui ne sont pas couverts. De plus, il est devenu évident que les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI disposaient effectivement de la latitude nécessaire pour adapter la procédure liée au transport médical et pour trouver des moyens ingénieux d'élargir les souplesses tout en adhérant aux politiques nationales. L'outil n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements, mais le personnel de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI et les partenaires des Premières nations manifestent une grande volonté d'engagement partagé et de responsabilité commune à l'égard de la santé des aînés. Le bureau régional s'est engagé à examiner le programme au moins une fois par année. Une étude de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones est en cours. Les autres points à améliorer du programme seront déterminés et, avec les initiatives d'amélioration de la qualité qui prennent forme au sein de la DGSPNI à l'échelle nationale, des changements commencent à s'opérer dans la façon de procéder de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI ainsi que sur le plan des politiques et des programmes.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

La pratique de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Les leçons à retenir qui auraient une incidence sur la réussite et sur l'applicabilité ou la transférabilité de l'initiative sont : le partenariat et le groupe de travail mixte avec les Premières nations, le nouvel outil d'évaluation des soins des aînés utilisé pour examiner les politiques et les procédures ainsi que la latitude nécessaire afin que le bureau régional puisse modifier les procédures tout en respectant les limites de l'ensemble des politiques nationales.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Louise Cholock

Titre : Directrice, DGSPNI

Organisme : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Atlantique





Courriel : [Louise.Cholock@hc-sc.gc.ca](mailto:Louise.Cholock@hc-sc.gc.ca)

Téléphone : 902-426-2519

Dernière mise à jour : Le 7 octobre 2013

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

***Communications personnelles :***

Boyчук, R. et Cholock, L. (entrevue et rétroaction, juillet 2013). [Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits - Région de l'Atlantique].



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

# L'AIDE-PROCHES : un soutien pour l'intégration des soins des aidants et des aidés

LOCATION:	Québec	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## APERÇU :

Cette pratique novatrice favorise l'intégration des soins des aidés et des aidants en proposant un cadre afin d'amener les aidants à prendre part à une discussion sur leurs préoccupations et leurs attentes. Cet instrument psychosocial multidimensionnel a initialement été mis à l'essai en 2001, au Québec et en Nouvelle-Écosse, par des praticiens qui œuvraient dans des organismes financés par l'État qui étaient chargés de coordonner des services de soins à domicile.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le bien-être des aidants membres de la famille est un enjeu de santé publique qui prend de plus en plus d'importance et pourtant, ces personnes n'ont à peu près pas de statut officiel ni d'accès au système de services sanitaires et sociaux à leur propre compte. Même si les praticiens sont conscients des difficultés des aidants, ils ont le défi de fournir des soins intégrés tant au patient qu'à l'aidant.

Devant cette situation, l'AIDE-PROCHES (aspirations, interrogations, décisions et espoirs des proches) a été conçu à l'intention des praticiens, en 2001, dans le cadre d'une initiative axée sur la conception d'instruments adéquats éclairés par des données probantes dans le but d'estimer et d'évaluer les besoins particuliers des aidants membres de la famille. L'AIDE-PROCHES propose un cadre pour lancer une conversation entre les praticiens et les aidants au sujet des préoccupations et des attentes potentielles de ces derniers, tout en apportant une perspective sur la prestation des soins et sur les moyens à prendre pour concilier le soutien de l'aidant et le soutien de l'aidé.

L'outil original a été créé en 1999-2000 et évalué afin d'en assurer la pertinence et la fiabilité. Il a été conçu avec la contribution d'aidants membres de la famille et à la suite de l'examen de près d'une centaine d'instruments. Aucun des instruments examinés n'abordait l'éventail de questions qui concernent les aidants, comme l'AIDE-PROCHES se proposait de le faire. L'outil est offert en français et en anglais et les praticiens doivent suivre une formation pour s'en servir.

Dans l'ensemble, l'AIDE-PROCHES améliore les aptitudes d'évaluation des praticiens ainsi que leur compréhension des besoins des aidants, tout en rehaussant leur capacité à épauler les aidants et les aidés. Ces discussions devraient mener à une approche plus intégrée pour soutenir les aidés et les aidants ainsi qu'à une meilleure reconnaissance du rôle des aidants dans le système de santé.

## RÉPERCUSSIONS :

L'AIDE-PROCHES a été employée dans de nombreuses études de recherche et initiatives d'évaluation depuis sa création dans le but d'en comprendre l'utilité concrète ainsi que l'incidence pour différentes populations d'aidants. L'instrument préliminaire a été mis à l'essai auprès de plus de 150 aidants par des praticiens du domaine des soins à domicile qui provenaient de sept organismes au Québec et en Nouvelle-Écosse. Les résultats du projet pilote ont servi à perfectionner l'outil, qui a été abrégé en 2007 dans le cadre d'un contrat avec Santé Canada. Dans plusieurs études, les aidants ont indiqué des avantages, comme la possibilité de partager leur expérience avec un professionnel, la capacité de déterminer leurs propres besoins et préoccupations, la validation de leurs expériences et une meilleure connaissance des renseignements sur les services de soutien.

L'utilisation de l'outil pour une étude a permis à des infirmières-stagiaires de mieux saisir les réalités des conjoints soignants plus âgés, de recevoir de l'information sur les ressources disponibles et de comprendre le rôle de soutien qui revient aux professionnels de la santé à l'égard des aidants. L'ensemble des données probantes donne à entendre que l'AIDE-PROCHES utilisée comme un moyen d'intervention autonome a des effets positifs sur l'aidant et le praticien, en amenant ce dernier à mieux comprendre la situation de l'aidant, en améliorant la relation entre l'aidant et le praticien et en



apportant des données probantes pour corroborer les aiguillages vers des services et des soutiens pour les aidants.

L'accès à l'AIDE-PROCHES est gratuit, mais sa mise en place peut engendrer des coûts pour la formation non récurrente (en personne ou en ligne). Dans le cas d'un projet avec Alberta Health Services, le coût estimatif pour faire l'évaluation des aidants selon les taux de rémunération des coordonnateurs (infirmières autorisées), l'allocation de déplacement et le temps moyen requis s'élevait à 213 \$.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

L'AIDE-PROCHES est actuellement utilisée dans plusieurs organismes au Québec ainsi que par des praticiens en Nouvelle-Écosse, en Ontario et en Alberta. L'outil a également été adapté aux différences culturelles afin de pouvoir être employé en France et dans le New Jersey.

L'outil a été utilisé en 2011-2012 dans le cadre d'un projet pilote dirigé par Alberta Health Services qui visait à offrir un soutien et plus de répit aux aidants. Son utilisation dans ce contexte a donné des résultats similaires à ceux des études précédentes. L'évaluation a eu des effets positifs sur les aidants : ils sont devenus plus conscients de leur rôle, ils ont commencé à tenir compte de leurs propres besoins, ils ont mieux compris leur situation ainsi que les ramifications des soins qu'ils prodiguent sur leur santé et ils sont devenus plus disposés à accepter de l'aide et de l'information. Dans la même veine, les coordonnateurs de soins à domicile ont déclaré qu'ils comprenaient mieux la situation des aidants et qu'ils se servaient des résultats de l'évaluation des aidants comme d'un outil d'aide à la décision afin de justifier les aiguillages vers des services de répit et d'autres services communautaires.

Même si elle a été conçue initialement dans le but d'être utilisée dans des programmes de soins à domicile, l'AIDE-PROCHES a été employée dans des hôpitaux et des organismes communautaires (y compris la Société Alzheimer et des groupes communautaires de soutien aux aidants) et utilisée par un vaste éventail de fournisseurs de soins, y compris par ceux qui s'occupent des aînés ou des adultes qui ont des handicaps ou des problèmes de santé mentale. L'outil a été utilisé dernièrement dans le cadre d'une initiative qui vise à comprendre l'expérience des conjoints qui prennent soin de personnes atteintes de démence.

Le fait que les aidants ne soient pas toujours reconnus officiellement au sein du système constitue l'une des principales difficultés pour mettre cet outil sur pied. Cette situation nuit aux praticiens qui s'efforcent d'amener les aidants à prendre part à l'évaluation, ou même, à reconnaître la nécessité de leur participation. Le temps nécessaire pour procéder à une évaluation complète et l'incapacité de répondre aux attentes sont au nombre des autres difficultés cernées.

Pour faciliter la mise en place de l'AIDE-PROCHES à l'avenir, on estime que : les aidants doivent devenir la priorité des organismes, le but et l'utilisation de l'outil devraient être clairement définis, l'outil devrait être intégré aux instruments existants, le personnel devrait être persuadé dès le départ et une formation doit être assurée.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Nancy Guberman

Titre : Professeure retraitée de l'École de travail social

Organisme : Université du Québec à Montréal

Courriel : [Guberman.nancy@uqam.ca](mailto:Guberman.nancy@uqam.ca) ; [caretool@msvu.ca](mailto:caretool@msvu.ca)

Téléphone : 514-276-6236

Dernière mise à jour : Le 16 juillet 2013

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

#### ***Communications personnelles :***

Guberman, N. et Fancey, P. (examen et rétroaction, juillet 2013).



**Publications :**

Keefe, J., Guberman, N., Fancey, P., Barylak, L. et Nahmiash, D. (2008). « Caregivers' Aspirations, Realities, and Expectations: The C.A.R.E », Tool. *Journal of Applied Gerontology*, vol. 27, n° 3, p. 286–308.

Guberman, N., Keefe, J., Barylak, L. et Fancey, P. (2007). "Not another form!": Lessons for implementing caregiver assessment in health and social service agencies. *Health and Social Care in the Community*, vol. 15, n° 6, p. 577–587.

**External Source:** [www.msvu.ca/nsca/caregiverassessment](http://www.msvu.ca/nsca/caregiverassessment)



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

## Nova Scotia's Cancer Patient Navigation Program (programme d'orientation pour les patients atteints du cancer de la Nouvelle-Écosse)

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique innovatrice aborde la question de l'amélioration de la coordination et de la continuité des soins pour les patients atteints du cancer. Le programme constitue un processus de collaboration qui se veut proactif entre le patient et sa famille et l'équipe de soins interprofessionnelle afin d'effectuer des interventions cliniques et de fournir de l'information, un soutien affectif et une aide logistique au fur et à mesure que les patients et leurs familles s'adaptent aux traitements et services complexes et font face à des obstacles éventuels tout au long du continuum de soins. La pratique communautaire emploie les services d'infirmières spécialisées en oncologie ainsi que des intervenants-pivots pour les patients atteints du cancer, et a été inaugurée en Nouvelle-Écosse en 2001 au niveau des offices régionaux de la santé.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Un diagnostic de cancer nouvellement établi peut être accablant. Cela nécessite des processus de diagnostic intensif et des régimes de traitement complexe qui peuvent engendrer chez les patients et leur famille des sentiments d'anxiété et d'accablement. De nos jours, la plupart des soins et traitements contre le cancer sont prodigués dans des établissements de soins ambulatoires, obligeant les patients de se déplacer sur de grandes distances pour de courtes visites aux centres de traitement tertiaires. En conséquence, les patients doivent s'adapter quotidiennement au traitement du cancer et à ses effets secondaires à leur propre domicile et dans leur collectivité, loin de l'équipe de spécialistes. Un grand nombre ont de la difficulté à obtenir l'information et le soutien dont ils ont besoin afin de s'adapter et de comprendre leurs choix de traitement.

Pour aider les patients atteints du cancer à s'orienter dans le système de soins contre le cancer et à faire face aux défis liés au diagnostic d'un cancer, Cancer Care Nova Scotia (CCNS), un programme du ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, a inauguré le programme d'orientation pour les patients atteints du cancer en 2001. Ce programme constitue un partenariat communautaire entre CCNS et huit régions régionales de la santé. Alors que les intervenants-pivots pour les patients atteints du cancer (IPPC) sont employés par les régions régionales de la santé et travaillent au sein de ces collectivités, ils font partie d'un réseau d'intervenants-pivots qui est coordonné par CCNS. CCNS les rattache à des équipes interprofessionnelles du programme de traitement tertiaire contre le cancer et leur offre des services d'éducation continue, un soutien, des ressources éducatives ainsi qu'une amélioration de la qualité continue en effectuant le suivi du programme. Ce type de modèle d'orientation des patients constitue un modèle d'intervention précoce, entraînant une meilleure coordination des soins et une capacité communautaire accrue d'appuyer les patients atteints du cancer et leurs intervenants. L'accès aux IPPC est offert à l'aide d'un accès direct ou par l'entremise d'un professionnel de la santé. Le programme dispose d'une ligne sans frais qui achemine l'appelant à l'intervenant-pivot le plus près dans ce central téléphonique.

Les IPPC sont des infirmières en oncologie qui renvoient les patients atteints du cancer aux services appropriés, assurant la continuité des soins de même que l'accès aux soins et aux ressources. Les IPPC travaillent également avec les médecins de famille, les spécialistes communautaires, les oncologues et d'autres professionnels de la santé en oncologie afin de coordonner les services offerts au patient. Les IPPC aident les patients et leur famille à titre de défenseurs des droits, d'éducateurs et de personnes de soutien tout au long du traitement du cancer, aidant à améliorer le mieux-être des patients, leurs habiletés d'adaptation et la qualité de vie des personnes atteintes du cancer.

La conception du programme a été déterminée à la suite de l'établissement des besoins lors d'un long processus de consultation avec les patients atteints du cancer, les membres de leur famille, les professionnels de la santé, les organismes communautaires et les bénévoles en Nouvelle-Écosse. Le programme a été mis en œuvre par l'entremise de CCNS en collaboration avec les régions régionales de la santé. CCNS travaille de près avec les régions régionales de la santé afin de coordonner et de recruter les intervenants-pivots, de rédiger des documents de marketing (affiches, brochures et autre matériel



didactique au sujet du cancer et du programme), et d'établir et de mettre en place des systèmes de soutien, des processus de renvoi, des stratégies d'information et une base de données permettant la collecte de données aux fins d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

### RÉPERCUSSIONS :

Le programme fut évalué en 2004 à l'aide de méthodes de recherche qualitative et quantitative. On a recueilli les données de l'évaluation à l'aide de 16 groupes de discussion, de 57 entrevues individuelles, de 162 sondages auprès des patients et de l'étude de 808 dossiers dans la base de données d'orientation des patients. Selon les résultats, le programme d'orientation a permis d'améliorer la qualité et la cohérence des soins communautaires aux patients atteints du cancer. Les fournisseurs de soins de santé ont déclaré que le programme d'orientation a entraîné une collaboration et une communication accrue parmi les fournisseurs de soins de santé et réduit le recoupement des services. Les survivants du cancer ont déclaré invariablement que les intervenants-pivots devraient être une priorité absolue dans le système de soins contre le cancer.

Bien que l'on ait considéré le programme comme étant de toute première importance, on a établi ses limites, notamment la charge de travail excessive, le fait qu'il n'est pas offert dans toute la province et les zones géographiques étendues. Une autre question sur laquelle on devait se pencher était la communication concernant le programme et l'accès aux professionnels de la santé afin d'orienter les patients. Pour aborder ce problème, on a renforcé l'éducation des professionnels de la santé. Depuis l'évaluation réalisée en 2004, huit régions régionales de la santé sur neuf se sont dotées d'IPPC, dont quatre étant situées dans des régions rurales et éloignées. La région régionale de la santé qui reste est dotée d'infirmières occupant des rôles d'orientation pour les patients atteints d'un cancer cérébral et cervical et pour les patients ayant des tumeurs cérébrales.

Depuis les cinq dernières années, le programme d'IPPC de CCNS fait partie d'un projet de recherche pancanadien financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC). Le projet de recherche a pour but d'élaborer, de peaufiner et de valider le cadre d'orientation professionnelle selon le contexte canadien. Le modèle d'orientation de CCNS est l'un des deux modèles à l'étude. Le cadre précise le rôle et les fonctions des intervenants-pivots professionnels et recommande des résultats pertinents pour les évaluations de programme. Dans le cadre d'autres recherches, on établit les principaux secteurs de pratique et les compétences qui s'y rattachent pour les infirmières œuvrant en tant qu'intervenantes-pivots professionnelles pour les patients atteints du cancer. L'orientation des patients atteints du cancer est maintenant reconnue par de nombreuses provinces comme étant l'élément principal d'un système intégré de soins contre le cancer.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Depuis que le rapport d'évaluation a été achevé, le programme s'est répandu dans l'ensemble des régions régionales de la santé en Nouvelle-Écosse sauf une, et le nombre d'intervenants-pivots s'est accru également.

La Nouvelle-Écosse amorça la mise en œuvre de son modèle d'orientation en 2001 après avoir mené des consultations auprès des patients et de leur famille et des professionnels de la santé. Ce modèle ne s'appuyait sur aucun autre modèle, puisque les services d'orientation n'étaient pas bien définis à l'époque. Les intervenants-pivots existent maintenant, dans une certaine mesure, dans presque tout le pays. Toutefois, le programme de la Nouvelle-Écosse figure en tête en ce qui concerne la structure et l'organisation et sa capacité de susciter la participation d'intervenants compétents. Bien que les services de santé puissent varier légèrement dans l'ensemble des provinces, on peut facilement adopter le modèle du programme dans un établissement canadien afin d'améliorer la gestion des maladies chroniques. Par exemple, le Partenariat canadien contre le cancer reconnaît le programme de la Nouvelle-Écosse comme un modèle de pratiques exemplaires et a produit un guide visant à faciliter la mise en œuvre du programme d'orientation des patients.

D'autres compétences ont fait appel à CCNS pour en savoir davantage sur son modèle d'orientation professionnelle et un grand nombre ont adapté le modèle partout au Canada, en Australie et en Europe.

Parmi les principaux facteurs de réussite de la mise en œuvre du programme, mentionnons l'embauche d'un gestionnaire de projet spécialisé, la création et le suivi d'une approche de gestion du changement détaillée s'appuyant sur l'amélioration de la qualité et la participation des patients et de leur famille, des professionnels de la santé et des administrateurs en ce qui concerne l'élaboration du programme. Parmi les défis, mentionnons l'établissement du programme et le maintien de la sensibilisation concernant le programme auprès des professionnels de la santé et des patients, et l'obtention d'un financement pour le poste d'intervenant-pivot au sein de la région régionale de la santé.

**SITE WEB DE LA PRATIQUE :** <http://www.cancercare.ns.ca/en/home/nscancerservices/cancerpatientnaviga...>

### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Meg McCallum



Titre : Gestionnaire provinciale, Éducation et orientation de patients

Organisme : Cancer Care Nova Scotia

Courriel : [meg.mccallum@ccns.nshealth.ca](mailto:meg.mccallum@ccns.nshealth.ca)

Téléphone : 902-473-3781

Dernière mise à jour : Le 6 mai 2013

**LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES LIENS PERTINENTS SUIVANTS :**

***Communications personnelles :***

Loshaj, S. (rétroaction et examen, 1<sup>er</sup> mai 2013). [Carleton University, School of Public Policy and Public Administration].

Smith, C. (rétroaction et examen, 3 mai 2013). [Cancer Care Nova Scotia].

Cook, S. (rétroaction et examen, 3 mai 2013). [Cancer Care Nova Scotia].

***Autre :***

Loshaj, S. Contenu extrait de la présentation d'un résumé dans le cadre du Symposium national sur les soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

**External Source:** <http://www.cancercares.ns.ca/en/home/nscancerservices/cancerpatientnavigation/default.aspx>



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

## Le Mental Health Engagement Network : permettre aux patients de consulter leurs dossiers de santé personnalisés grâce à la technologie du téléphone intelligent

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 le besoin d'offrir des soins mobiles centrés sur le patient aux personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale. Lancée en Ontario, la pratique mettait à contribution 55 professionnels de la santé mentale.

**DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :** Environ un Canadien sur cinq souffrira d'une maladie mentale dans sa vie, mais l'accès à des soins continus et de soutien peut pourtant s'avérer difficile. Seulement une personne atteinte d'une maladie mentale sur cinq reçoit une aide professionnelle.

Le Mental Health Engagement Network (MHEN) est un projet de recherche d'une durée de deux ans qui a été lancé en septembre 2011 par l'entremise du London Health Sciences Centre, du Centre de santé St-Joseph, des services de soins de santé communautaires et de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ce projet consiste à implanter, à exploiter et à évaluer l'efficacité des technologies Web et mobiles dans le but d'offrir des services de soins de santé continus et de soutien aux personnes qui vivent avec une maladie mentale dans la collectivité.

Grâce au projet Mental Health Engagement Network, 400 personnes atteintes d'une maladie mentale et 55 professionnels de la santé mentale reçoivent des appareils portatifs, comme des téléphones intelligents ou des tablettes, qui ont été programmés avec un dossier SMART du Lawson Health Research Institute, une application en santé mentale qui comprend un dossier de santé personnalisé ainsi que des outils interactifs. Le dossier SMART a été conçu en partenariat avec Telus Santé. Le projet MHEN est financé par Inforoute Santé du Canada, un organisme à but non lucratif subventionné par le gouvernement fédéral.

Le dossier Lawson SMART permet aux personnes d'avoir accès à leurs renseignements médicaux personnels, y compris à leurs médicaments actuels et antérieurs, à leurs diagnostics, à leurs antécédents médicaux, aux coordonnées de leur fournisseur de soins ainsi qu'à leurs évaluations. Les gens peuvent également recevoir des invites et des rappels, suivre les indicateurs de leur état de santé, créer et gérer des plans d'activités et échanger des messages avec leur fournisseur de soins.

Ce projet allie la technologie et les stratégies de rétablissement courantes employées pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale. Les membres de l'équipe de recherche du programme estiment que l'accès à des renseignements sur la santé personnalisés et à jour aura pour effet d'habiliter les patients à participer activement à la gestion de leur santé, d'améliorer l'accès au système de soins de santé mentale et d'assurer une coordination des soins. Ils pensent également que l'emploi de la technologie intelligente dans le domaine de la santé mentale peut améliorer la qualité de vie et réduire les coûts de soins de santé occasionnés par les visites dans les services d'urgence et les admissions dans les hôpitaux.

### RÉPERCUSSIONS :

Le projet Mental Health Engagement Network, qui a pris naissance en septembre 2011, se terminera en novembre 2013. Les personnes ont bénéficié de cette intervention dans le cadre d'une méthode de mise en place échelonnée en août 2012 et en mars 2013. Même si le projet n'a pas encore été évalué officiellement, des données seront recueillies au cours des entrevues qui seront réalisées pour les besoins d'un sondage en quatre temps (à la ligne de départ, puis six, 12 et 18 mois après la mise sur pied) ainsi que pendant les séances qui seront menées avec des groupes de discussion. Les données recueillies mesureront l'état de santé, le bien-être, la qualité de vie, la prise en main personnelle, l'utilisation des services sociaux et juridiques, les perceptions de la technologie ainsi que la facilité d'utilisation des outils du MHEN. Les premiers résultats devraient être connus d'ici l'automne 2013. Des analyses des aspects économiques, politiques et éthiques et de l'efficacité du





projet seront également effectuées afin de formuler des recommandations fondées sur des données probantes à l'égard de l'utilisation des technologies intelligentes dans le domaine des soins de santé mentale.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le Mental Health Engagement Network n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs. Cela dit, ce projet est appelé à grandir grâce à un partenariat avec The Sandbox Project, un organisme voué à l'amélioration de la santé des enfants et des jeunes, en s'adressant également aux enfants et aux jeunes qui présentent des symptômes de dépression. Le lancement de ce projet est prévu pour septembre 2013.

Une des leçons retenues par l'équipe de recherche est l'importance d'amener les principaux intervenants, comme la collectivité, les acteurs cliniques et les consommateurs, à participer à la conception et à la mise sur pied d'un nouveau modèle pour la prestation des services. Pour assurer la mise en place et l'adoption du projet, les utilisateurs finaux doivent être mobilisés dès le début afin de tenir compte des besoins de la population ciblée.

**SITE WEB DE LA PRATIQUE :** <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Cheryl Forchuk

Titre : Chercheuse principale

Organisme : Université Western Ontario/Lawson Health Research Institute

Courriel : [cforchuk@uwo.ca](mailto:cforchuk@uwo.ca)

Téléphone : 519 685-8500, poste 77034

Dernière mise à jour : Juin 2013

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

##### ***Communications personnelles :***

McKillop, M. (examen et rétroaction, 9 juillet 2013). [coordonnatrice de la recherche, MHEN].

##### ***Autres :***

London Health Sciences Centre. (15 octobre 2012). *Announcing the Mental Health Engagement Network*. Extrait de : [http://www.lhsc.on.ca/About\\_Us/LHSC/Publications/Features/MHEN.htm](http://www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Publications/Features/MHEN.htm)

Mental Health Engagement Network. (2013). *From Idea to transformation—Enabled by collaboration*. [Contenu élaboré à partir d'une présentation pour la Conférence nationale sur le leadership.]

Mental Health Engagement Network (2013). <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>

**External Source:** <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>



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

# Initiative de services aux étudiants interprofessionnels de l'hôpital de réadaptation Glenrose

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde le besoin d'accroître l'accès des étudiants à des stages cliniques interprofessionnels tout en augmentant l'accès aux services de réadaptation pour les adultes et les personnes âgées. Cette pratique a été lancée à l'hôpital de réadaptation Glenrose en 2012 en collaboration avec la faculté de médecine physique et de réadaptation de l'Université de l'Alberta.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'hôpital de réadaptation Glenrose et la faculté de médecine physique et de réadaptation de l'Université de l'Alberta ont formé une équipe conjointe afin d'aborder la diminution des stages cliniques devant une augmentation de 25 % des inscriptions des étudiants en 2012 et une participation limitée du personnel à la formation de ces derniers. La plupart des étudiants en ergothérapie, en physiothérapie et en orthophonie sont supervisés au Canada selon un modèle qui prévoit un surveillant par étudiant d'une même discipline. L'initiative du service aux étudiants (ISA) est novatrice parce qu'elle met l'accent sur l'encadrement de la réadaptation à l'aide d'un superviseur clinique pour deux à six étudiants en médecine, sans égard au titre professionnel. L'initiative a été conçue avec la contribution du personnel clinique et enseignant, des médecins, des étudiants et des patients.

Les objectifs de l'ISA sont les suivants :

- promouvoir un accès élargi aux stages dans les domaines de l'ergonomie, de la physiothérapie et de l'ergothérapie;
- favoriser des expériences éducatives enrichies, y compris des possibilités de collaboration interprofessionnelle;
- soutenir la pratique interprofessionnelle et améliorer les interactions entre les disciplines grâce à l'intégration d'activités éducatives aux services existants à Glenrose;
- faciliter l'accès aux services de Glenrose pour les populations de patients actuelles composées d'adultes et de personnes âgées dont les besoins nécessitent un accès à une réadaptation spécialisée complexe dans le contexte du cadre de réorganisation des services et de la restructuration du programme de consultation externe en réadaptation spécialisée de l'hôpital de réadaptation Glenrose. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le programme de consultation externe en réadaptation spécialisée, veuillez consulter l'aperçu de la pratique novatrice à [Programme de consultation externe en réadaptation spécialisée Glenrose](#).

## RÉPERCUSSIONS :

Les responsables de l'initiative du service aux étudiants ont fait un compte rendu des résultats un an après son lancement. Le nombre d'étudiants qui ont participé à des stages cliniques interprofessionnels est passé de trois à 31 dans les trois disciplines pour une augmentation globale de 34 % dans tous les stages cliniques paramédicaux de l'hôpital de réadaptation Glenrose en 2012. Les étudiants qui ont pris part à l'ISA ont collaboré aux soins de 31 % des patients orientés vers le programme de consultation externe en réadaptation spécialisée, permettant ainsi à plus de 350 patients ayant une limitation fonctionnelle récente de recevoir des services de réadaptation. L'initiative du service aux étudiants aurait contribué à assurer un effectif durable ainsi que des soins de qualité aux patients sur le plan des services de réadaptation.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'initiative du service aux étudiants à Glenrose n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise sur pied ailleurs



au Canada. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. La mise en œuvre réussie de cette pratique nécessite la création d'un modèle d'éducation collaboratif pour les étudiants en formant des partenariats dans les établissements d'enseignement en milieu hospitalier et universitaire. Les médecins participants doivent réussir à encadrer plusieurs étudiants en même temps sans pour autant alourdir le fardeau. Pour y arriver, il faut une formation adéquate ainsi qu'une rétroaction régulière de la part des intervenants de l'établissement d'enseignement.

**LIENS EXTERNES :**

<http://www.physicaltherapy.ualberta.ca/en/ClinicalEducation/Students/PlacementInformation/ChoosingaPlacement/ClinicalPlacementProfiles/GlenroseOPInterprofStudentService.aspx>

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Isabel Henderson, vice-présidente  
Organisme : Alberta Health Services, hôpital de réadaptation Glenrose  
Courriel : [Isabel.henderson@albertahealthservices.ca](mailto:Isabel.henderson@albertahealthservices.ca)  
Téléphone : 780-735-7984

Dernière mise à jour : Le 11 juillet 2013

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

**Autres :**

**Distinction :**

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé:  
<http://www.cchl-ccls.ca/assets/awardsprogram/15.877-3M%20Health%20Awards...>



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

## Resources in Clinics (RICs): Interprofessional Teamwork in Primary Care (ressources dans les cliniques : équipe interprofessionnelle en soins primaires)

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde la question de l'encouragement du travail d'équipe dans un milieu interprofessionnel de soins primaires en jumelant (ou en formant des dyades) des médecins de famille et du personnel de soutien. La pratique, qui a été lancée en juin 2010 dans un réseau de soins primaires en Alberta, dans le nord d'Edmonton, mettait à contribution des médecins de famille et leur personnel

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Comptant plus de 130 médecins de famille membres, l'Edmonton North Primary Care Network (PCN), est l'un des réseaux de soins primaires les plus importants en Alberta dans le cadre du programme Primary Care Initiative qui est en place depuis 2003. L'un des objectifs de ce programme consiste à faire davantage appel à des équipes de soins primaires interprofessionnelles afin de contribuer à l'amélioration de la santé des Albertains. L'Edmonton North PCN a conçu un projet pilote appelé Resources in Clinics (RIC) afin d'éclairer les changements qui s'opèrent dans la pratique clinique à l'aide, dans ce cas-ci, de la création de « dyades » officialisées très performantes.

Le programme RIC a commencé en 2010 par la création de dyades qui réunissaient un médecin de famille et un assistant de cabinet de médecin embauché ou une infirmière auxiliaire autorisée, selon les besoins du médecin. Les ressources humaines de chaque clinique, qu'il s'agisse d'un assistant de cabinet de médecin ou d'une infirmière auxiliaire autorisée, ont été recrutées, puis formées par le réseau de soins primaires. Le programme RIC a notamment pour objectifs d'employer le temps du médecin de manière plus efficace, d'accroître la satisfaction des médecins, du personnel et des patients, de faciliter l'accès aux patients isolés ou orphelins et de diminuer les temps d'attente.

Les responsabilités fondamentales des ressources dans les cliniques consistaient notamment à aider aux tâches administratives, à trier les patients, à fournir des soutiens cliniques et à renseigner les patients et à faire un suivi auprès des patients. Les patients avaient accès à une équipe de soins primaires coordonnée et coopérative qui les épaulait de l'étape qui précède la visite jusqu'au suivi. Des interactions quotidiennes entre les deux personnes qui formaient la dyade assuraient une consultation continue et permanente au profit des patients.

Ce projet a pris la forme d'un essai pilote de 2010 à 2012. Depuis avril 2012, les membres de RIC sont devenus les employés directs du médecin ou de la clinique et le réseau de soins primaires continue de se faire rembourser les coûts des ressources dans les cliniques par Alberta Health Services. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, l'initiative RIC est devenue un programme permanent du réseau de soins primaires, mais les coûts seront remboursés en fonction du nombre de médecins participants et du budget alloué.

### RÉPERCUSSIONS :

L'incidence du projet pilote RIC a été évaluée comme suit :

- Des données de base ont été recueillies à partir de diagrammes logarithmiques qui faisaient le suivi du nombre de patients et du temps consacré à chacun d'eux. Des données provisoires ont été recueillies entre les mois de juin 2010 et de mars 2012.
- Les données quantitatives comprenaient les données administratives du réseau de soins primaires, quatre sondages



ainsi que les données des diagrammes logarithmiques. Les données qualitatives incluaient des entrevues des principales sources avec des médecins et les ressources dans les cliniques.

- Un rapport-bilan qui comportait des diagrammes logarithmiques, des sondages séparés sur la satisfaction des médecins, des ressources dans les cliniques, d'autres membres du personnel clinique et des patients ainsi que les résultats des principales sources a été réalisé au printemps 2012.

Les résultats étaient invariablement positifs. Le niveau de satisfaction à l'égard du projet RIC était élevé parmi tous les intervenants, c'est-à-dire les médecins (98 %), les ressources dans les cliniques (93 %) et les patients (93 %). Les autres résultats sont notamment :

- une plus grande capacité à accepter des patients nouveaux et « isolés »;
- quatre fois plus de nouveaux patients reçus (un emploi plus efficace du temps des médecins et des améliorations de l'accès des patients);
- une augmentation de la productivité des médecins qui prodiguent des soins directs aux patients et la contribution des ressources dans les cliniques à la mobilisation des patients;
- une diminution des temps d'attente et une satisfaction élevée parmi les patients à l'égard de la connaissance de leur état de santé par les équipes;
- une meilleure conciliation travail-vie personnelle selon les médecins et des relations professionnelles enrichissantes et productives.

Une autre collecte de données, ainsi qu'une analyse des coûts pour le programme, sont en cours.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le projet RIC n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs à cette étape-ci. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux et à tout médecin de famille ou omnipraticien disposé à travailler selon un modèle de dyade.

Les difficultés éprouvées lors de la mise en place de cette pratique sont notamment :

- l'intégration initiale du programme RIC dans le milieu de travail clinique;
- les médecins et les ressources dans les cliniques ne savaient pas trop comment mettre sur pied les concepts cadres du travail d'équipe dans la pratique;
- la nécessité de recruter et de trouver du financement en multipliant les ressources humaines du réseau de soins primaires.

**SITE WEB DE LA PRATIQUE :** s. o.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Paul Regehr

Titre : Clinical Manager

Organisme : Edmonton North Primary Care Network

Courriel : [pregehr@enpcn.com](mailto:pregehr@enpcn.com)

Téléphone : 780-377-4084

Dernière mise à jour : Le 29 avril 2013

#### **LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES LIENS SUIVANTS :**

**Communications personnelles :**



Lien-Willcott, D. (rétroaction et examen, 29 avril 2013). [Edmonton North Primary Care Network]

**Publications :**

**Autre profil :**

**Autres :**

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

Edmonton North PCN. (19 avril 2012). *Resources in clinic team building in primary care*. [Notes pour une présentation donnée au forum sur l'initiative de soins primaires à Calgary].

Extrait de : <http://www.albertapci.ca/NewsEvents/Events/PCIForum/April%202012/Documents/005-2F-Lien-Willcott.pdf>



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

# Antimicrobial Stewardship Program to Decrease Hospital Infections

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique aborde la question de l'optimisation de l'utilisation d'antimicrobiens comme moyen pour lutter contre les infections d'origine hospitalière et pour améliorer la sécurité des patients. En avril 2010, le Toronto East General Hospital a mis sur pied un programme de gestion des antimicrobiens (PGA) dans le cadre du projet de gestion des antimicrobiens de l'Ontario.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La résistance aux antimicrobiens est un problème de santé publique connu. La gestion des antimicrobiens et la prescription adéquate d'antibiotiques sont indispensables pour enrayer l'émergence continue d'organismes résistants aux antimicrobiens. La surutilisation des antimicrobiens dans les hôpitaux de soins actifs favorise l'émergence de souches résistantes comme le *Staphylococcus aureus* (SARM) et le *Clostridium difficile* (*C. difficile*). La documentation a montré que l'utilisation adéquate d'antimicrobiens peut diminuer la présence d'organismes résistants aux antibiotiques qui provoquent des infections nosocomiales.

L'étude pilote sur le PGA au Toronto East General Hospital en 2010 était menée par une équipe interprofessionnelle, dirigée par un pharmacien, qui rencontrait quotidiennement les médecins traitants à l'unité de soins intensifs (USI), et par un spécialiste des maladies infectieuses, afin de déterminer la prescription adéquate d'antibiotiques pour les patients. Le pharmacien du PGA transmettait par la suite les suggestions destinées à optimiser les antimicrobiens en personnalisant les communications sur les utilisateurs finaux à chaque médecin traitant selon les préférences des utilisateurs. Grâce à la réussite du projet pilote, le PGA a été élargi de manière à inclure toutes les zones de soins actifs pour les patients adultes hospitalisés du Toronto East General Hospital.

## RÉPERCUSSIONS :

Une équipe responsable des maladies infectieuses, composée d'un médecin et d'un pharmacien, a procédé à une vérification prospective et a fourni une rétroaction au cours de l'étude pilote sur le PGA, c'est-à-dire d'avril à juin 2010. L'équipe responsable des maladies infectieuses rencontrait l'équipe de l'USI tous les jours afin de discuter de l'optimisation de l'utilisation des antimicrobiens. On a comparé le coût et l'utilisation des médicaments antimicrobiens ainsi que les taux d'infection à *C. difficile* pendant la période pilote par rapport à la même période de l'année précédente, soit d'avril à juin 2009. La stratégie s'est poursuivie, à raison de trois jours par semaine, au cours des trois mois qui ont suivi la fin de la phase pilote, soit de juillet à septembre 2010.

Après la venue du PGA, le coût des médicaments antimicrobiens a diminué de manière importante : la réduction de 27 917 \$ comparativement à la même période de l'année précédente équivaut à une diminution de 15,45 \$ (36,2 %) par jour-patient (42,63 \$ par rapport à 27,18 \$). L'utilisation d'agents antimicrobiens antipseudomonaux à large spectre avait également grandement diminué, en passant de 63,16 à 38,59 doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) par 100 jours-patient (une réduction de 38,9 %). Après la période pilote, le taux avait diminué encore plus, en se situant à 28,47 DTQ par 100 jours-patient. Il n'y a pas eu de cas d'infection à *C. difficile* pendant la période pilote, et on a signalé un cas durant la période qui a suivi la phase pilote (taux global de 0,42 cas par 1 000 jours-patient). Ce taux était inférieur (mais pas très différent) au taux observé pour les mois d'avril à septembre 2009 (1,87 cas par 1 000 jours-patient). Il n'y avait pas de différences dans le taux de mortalité ni dans la gravité des maladies.

Les médecins et les patients font valoir que l'équipe du PGA est devenue une partie intégrante dans les habitudes changeantes de prescription d'antimicrobiens et dans l'instauration d'une culture positive au Toronto East General Hospital. Les résultats de l'évaluation du Programme sont publiés dans la National Library of Medicine des États-Unis.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



Il y a des PGA un peu partout au Canada, mais ils sont surtout concentrés dans les hôpitaux de l'Ontario en raison de la stratégie de gestion des antimicrobiens de la province, un projet de gestion des antimicrobiens dirigé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) pour l'Ontario dans le cadre d'un projet d'application des connaissances en plusieurs étapes. Pendant la première phase, un sondage exhaustif a été mené afin d'examiner l'état actuel des pratiques de gestion des antimicrobiens en milieu hospitalier en Ontario. Dans la deuxième phase, l'équipe de projet du PGA de l'ISMP s'est réunie afin de classer par ordre de priorité les interventions qui étaient jugées pertinentes et efficaces. Les six interventions suivantes ont été retenues :

- la mise sur pied d'un programme de gestion des antimicrobiens dans les hôpitaux;
- un outil d'auto-évaluation pour la gestion des antimicrobiens;
- une vérification prospective avec une intervention et une rétroaction au niveau des patients et des prescripteurs individuels;
- une éducation ou une formation pour renforcer les capacités de gestion des antimicrobiens;
- une collecte de données et une rétroaction dans les établissements ou dans le cadre du programme;
- l'adaptation d'une thérapie antimicrobienne, y compris une désescalade, une rationalisation et le remplacement des antibiotiques intraveineux par des antibiotiques oraux.

La troisième phase consistait à mettre ces interventions à l'essai dans un échantillon représentatif d'hôpitaux pilotes. Avec les premiers succès observés à l'unité de soins intensifs (USI) dans le cadre de l'étude pilote en 2010, le Toronto East General Hospital est l'un des premiers établissements au Canada à élargir le PGA de manière à inclure toutes les zones de soins actifs pour les patients adultes hospitalisés dans l'établissement. L'échange de renseignements, les communications entre homologues et l'aide à la décision, qui étaient tous des facteurs clés de cette réussite, ont été mis en application lors de l'instauration du programme de gestion des antimicrobiens dans l'ensemble de l'hôpital. Un PGA à l'échelle de l'hôpital peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux au Canada.

**LIENS EXTERNES :** s.o.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Jeff Powis, directeur, Programme de gestion des antimicrobiens

Organisme : Toronto East General Hospital

Courriel : [jpowi@tegh.on.ca](mailto:jpowi@tegh.on.ca)

Téléphone : 416-4698-6252

Dernière mise à jour : Le 11 juillet 2013

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

Leung, V., Gill, S., Sauve, J., Walker, K., Stumpo, C. et Powis, J. (2011). Growing a "positive culture" of antimicrobial stewardship in a community hospital. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 64(5), 314–320. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203822/>

**Autre :**

Institute for Safe Medicine Practices (ISMP) Canada. (sans date). *Ontario antimicrobial stewardship project: Preserving antibiotics for future generations*. Extrait de : <http://www.ismp-canada.org/abx/>

**Distinctions :**

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé:





<http://www.cchl-ccls.ca/assets/awardsprogram/15.877-3M%20Health%20Awards...>



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

# Safer Care for Older Persons (in residential) Environments (SCOPE) ou des soins plus sécuritaires pour les personnes âgées dans les foyers

LOCATION:	Alberta, Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins aux résidents âgés fragiles qui vivent dans des foyers de soins infirmiers et à améliorer la qualité de la vie au travail pour les fournisseurs de soins de première ligne qui évoluent dans ces établissements. La pratique a été lancée en Alberta et en Colombie-Britannique, soit dans deux foyers de soins infirmiers d'envergure, en Alberta, et dans cinq plus petits, à Okanagan, en Colombie-Britannique. L'initiative faisait appel à dix unités réparties dans les sept foyers, qui étaient composées chacune d'un promoteur (gestionnaire) principal, de deux ou trois aides-soignantes et d'un ou deux professionnels enregistrés, comme une infirmière autorisée ou un physiothérapeute agréé.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le profil actuel des résidents des foyers de soins infirmiers canadiens comprend des personnes âgées qui ont des besoins physiques et sociaux complexes. Les besoins des résidents gravement malades peuvent accroître la charge de travail du personnel et diminuer la qualité de la vie au travail.

Financé par Santé Canada, le programme Safer Care for Older Persons (in residential) Environments est une étude pilote visant à démontrer un principe d'une durée de deux ans (2010 à 2012) qui est menée dans sept foyers de soins infirmiers en Alberta et en Colombie-Britannique. L'étude a pour but d'évaluer la possibilité d'amener le personnel de première ligne à utiliser des méthodes d'amélioration de la qualité afin d'intégrer des pratiques exemplaires aux soins des résidents. Les objectifs de l'étude consistent à améliorer la qualité de vie au travail du personnel, en particulier pour les aides-soignantes, et à rehausser la qualité de vie des résidents. L'étude comporte des volets d'intervention parallèles en recherche et en amélioration de la qualité. Elle prévoit une intervention liée à l'éducation et au soutien afin de permettre aux fournisseurs de soins directs de renforcer la sécurité et la qualité de la prestation de leurs soins.

Des équipes d'amélioration locales dans chaque foyer de soins infirmiers, à raison d'une ou deux par établissement, sont dirigées par des aides-soignantes, c'est-à-dire des fournisseurs de soins non réglementés, et se concentrent sur la gestion des besoins particuliers des résidents. L'initiative a réuni des spécialistes en gériatrie, des intervenants ainsi que les équipes d'amélioration de la qualité afin de décider des trois domaines de focalisation selon les indicateurs de la qualité RAI-MDA 2.0 : les soins de la peau et la prévention des plaies de pression, la gestion de la douleur et la gestion des comportements liés à la démence. À la suite du perfectionnement des ressources et des outils, ces trois thèmes ont été mis à l'essai dans les foyers de soins infirmiers à l'aide de trois cycles planifier-réaliser-arrêter-évaluer (PRAE) qui s'inscrivent dans le modèle pour l'amélioration. Ces cycles facilitent la réunion des mesures locales et la mise en place des techniques d'amélioration de la qualité à l'aide d'échantillons-pilotes pour chaque thème. Les foyers de soins infirmiers qui accordaient une attention particulière aux soins de la peau surveillaient les horaires pour retourner les patients à risque, tandis que la gestion de la douleur était abordée de façon précise dans un contexte de formation sur les outils de dépistage. Enfin, la gestion des comportements prévoyait l'isolement des résidents qui avaient des problèmes de comportement à l'heure des repas.

La mise en place de ces pratiques exemplaires a été facilitée par une téléconférence hebdomadaire ainsi que par des séances d'apprentissage en face à face liées à la gestion du changement, aux méthodes d'amélioration de la qualité et à l'expertise clinique.

## RÉPERCUSSIONS :



Les progrès des cycles PRAE ont été notés à l'aide de deux sondages et de rapports fréquents sur la rétroaction qui sont réalisés comme des organigrammes d'exploitation et qui sont constitués des données de l'instrument d'évaluation des résidents RAI-MDS 2.0 et des données sur les processus recueillies par les équipes. Les équipes ont pu se servir de la rétroaction pour suivre leur rendement et leurs progrès par rapport à leurs objectifs d'amélioration. La méthodologie a été publiée dans une revue à comité de lecture et les résultats ont été présentés à l'occasion du forum sur la qualité de 2012 en Colombie-Britannique.

Les sondages sur la satisfaction ont montré que l'intervention avait reçu un accueil favorable et ont indiqué qu'elle avait donné des résultats qualitatifs pour la dynamique des équipes. Les équipes attachaient une plus grande importance au soutien des gestionnaires qu'au soutien des administrateurs et celles qui réussissaient pouvaient compter sur une participation et un soutien dynamiques de la part des dirigeants. Les équipes avaient également plus de succès lorsqu'elles tenaient des réunions d'équipe plus fréquentes et lorsqu'elles participaient régulièrement aux appels téléphoniques.

Les résultats quantitatifs pour chaque technique d'amélioration de la qualité n'ont pas tous été publiés.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'étude a pour modèle l'initiative nationale Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM!), qui a permis aux équipes de première ligne, principalement dans le domaine des soins actifs, d'utiliser des méthodes d'amélioration de la qualité pour mettre en place de nouvelles connaissances et pratiques exemplaires dans les soins directs aux patients. L'initiative SCOPE facilite la mise sur pied des stratégies SSPSM! dans le secteur des soins de longue durée. L'initiative SCOPE n'a pas été adaptée par d'autres administrations, mais elle peut théoriquement être appliquée dans d'autres milieux à l'aide d'un soutien de la gestion adéquat, d'une collaboration entre les spécialistes et les fournisseurs de soins de santé de première ligne et d'un suivi approprié des résultats de la mise sur pied des cycles PRAE.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lisa A Cranley  
Titre : Professeure agrégée  
Organisme : Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta  
Courriel : [lisa.cranley@nurs.ualberta.ca](mailto:lisa.cranley@nurs.ualberta.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 :

University of Alberta Faculty of Nursing. (sans date) *Safer Care for Older Persons (in residential) Environments (SCOPE)*.  
Extrait de : <http://www.kusp.ualberta.ca/en/Research/ActiveProjects/SCOPE.aspx>

Cranley, L.A., Norton, P., Cummings, G., Barnard, D. et Estabrooks, C. (2011). SCOPE: Safer care for older persons (in residential) environments: A study protocol. *Implementation Science*, 6, 71. Extrait de :  
<http://www.implementationscience.com/content/6/1/71>

Institut canadien pour la sécurité des patients. (sans date). *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* [site Web].  
<http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/Pages/default.aspx>

External Source: [N/a](#)



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

# Programme de suivi des survivants du cancer colorectal de l'équipe de santé familiale de North York

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à soigner les patients qui ont reçu un traitement contre un cancer colorectal de stade 1, 2 ou 3 pendant la période de suivi recommandée de cinq ans. Lancée dans un hôpital en Ontario, la pratique mettait à contribution des infirmières praticiennes, un chargé de cas et une réceptionniste.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme de suivi des survivants du cancer colorectal (PSCC) de l'équipe de santé familiale de North York est un partenariat collaboratif avec l'Hôpital général de North York qui a vu le jour le 8 mai 2012. Il assure des soins centrés sur le patient prodigués par des infirmières praticiennes aux personnes qui ont terminé un traitement actif contre le cancer colorectal et qui ont besoin d'une surveillance, pendant cinq ans, de la récurrence du cancer ou de la formation de métastases. L'équipe entretient une relation étroite avec l'oncologue et le chirurgien de chaque patient, qui orientent les patients vers le programme.

Le PSCC est un nouveau modèle de soins pour les survivants du cancer qui transfère aux soins primaires la surveillance des patients qui ont terminé un traitement actif prodigué par des oncologues et des chirurgiens. Ce programme novateur qui centralise les soins de suivi aux malades diminuera les temps d'attente pour les patients nouvellement diagnostiqués qui doivent consulter un spécialiste du cancer.

Le programme de suivi des survivants s'inspire des pratiques exemplaires les plus nouvelles et comporte trois volets importants, dont la prestation de soins par des infirmières praticiennes selon les besoins et un lien avec les ressources communautaires suivant les besoins. L'Association canadienne du cancer colorectal administre un groupe de soutien local et les psychiatres de l'Hôpital général de North York qui soutiennent le programme de cancérologie de l'établissement continuent d'aider les patients au cours de leur période de survie.

Situé dans la collectivité, le PSCC assure des soins prodigués à partir de la clinique centrale de l'équipe de santé familiale de North York. La présence de fournisseurs de soins paramédicaux et de systèmes de dossiers médicaux électroniques a permis de créer un programme rigoureux qui transforme les soins fondés sur des données probantes en pratiques exemplaires cliniques. Ensemble, l'équipe de santé familiale de North York et l'Hôpital général de North York améliorent l'accès aux soins contre le cancer en Ontario. Ils s'efforcent également d'inciter tous les cliniciens à donner leur pleine mesure dans des rôles qui sont passionnants, stimulants et gratifiants. Le programme est supervisé par les directeurs médicaux de l'équipe de santé familiale et par le programme de cancérologie à l'Hôpital général de North York.

## RÉPERCUSSIONS :

La pratique novatrice du PSCC a réduit le chevauchement des soins offerts par plusieurs spécialistes et, par le fait même, le nombre de rendez-vous chez des spécialistes facturés au Régime d'assurance-santé de l'Ontario, en plus d'avoir diminué le dédoublement onéreux des analyses et rationalisé les soins qui sont prodigués par un seul professionnel de la santé à un seul endroit. Le programme a renversé les rôles dans les soins aux survivants en les faisant passer d'un modèle hospitalier axé sur les médecins à un environnement communautaire dirigé par des infirmières praticiennes. En 2012, le PSCC a reçu une mention honorable dans le cadre du prix d'innovation décerné par le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme de suivi des survivants du cancer colorectal est le premier du genre en Ontario et il n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs. Cela dit, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans



d'autres milieux.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>re</sup> Kimberly Wintemute  
Titre : Directrice médicale  
Organisme : Équipe de santé familiale de North York  
Courriel : S.O.  
Téléphone : 416-223-0555  
Numéro du programme : 416-494-3003, poste 131  
Dernière mise à jour : 2013

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

**Autres :**

Association of Family Health Teams of Ontario. (20 août 2012). *Colorectal Cancer Survivorship Program: North York FHT*.  
Extrait de : <http://www.afhto.ca/uncategorized/colorectal-cancer-survivorship-program-north-york-fht/>

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*. Extrait de :  
<http://www.afhto.ca/news/sherbourne-and-north-york-fhts-honoured-for-their-work-by-cancer-quality-council-of-ontario/>

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

North York General Hospital. (8 mai 2012). *New Colorectal Cancer Survivorship Program the first of its kind in Ontario* [communiqué de presse]. Extrait de : <http://www.nygh.on.ca/Default.aspx?cid=1811&lang=1>

**External Source:** <http://www.nyfht.com/displayProgram.php?prog=Colorectal%20Cancer%20Survivorship%20Program>



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

# The Reitman Centre CAREERS Program: Equipping carers with practical skills and emotional support to provide better care for individuals with dementia (le programme CAREERS du centre Reitman : outiller les aidants à l'aide d'habiletés pratiques et d'un souti

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

**APERÇU :** Cette pratique novatrice se penche sur la nécessité pour les aidants professionnels et les aidants communautaires d'acquérir des habiletés d'adaptation pratiques et émotionnelles afin de leur permettre de soigner efficacement les personnes atteintes de démence. Lancé en 2008 dans un centre de formation d'un hôpital universitaire de l'Ontario, le programme est orienté sur les aidants qui œuvrent dans la collectivité, mais il s'étend maintenant de manière à offrir une formation en milieu de travail aux aidants qui font partie de la population active, c'est-à-dire aux aidants naturels qui travaillent.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La maladie d'Alzheimer et les démences qui s'y rattachent posent des défis importants pour le bien-être des patients, mais également pour la santé des aidants membres de la famille qui sont aux prises avec le stress émotionnel et physique lié à la prestation de soins continus. Le Cyril & Dorothy, Joel & Jill Reitman Centre for Alzheimer's Support and Training à l'Hôpital Mount Sinai offre une formation sur les compétences thérapeutiques qui aborde les besoins des aidants membres de la famille qui prennent soin de personnes atteintes de démence. Le centre propose une formation individuelle et familiale, un accès à une clinique de santé mentale gériatrique pour les patients externes ainsi que des programmes de formation pour les aidants professionnels et communautaires qui doivent composer avec la démence.

Le programme CAREERS du centre Reitman [Coaching (encadrement), Advocacy (défense des intérêts), Respite (répit), Education (sensibilisation), Relationship (relations), and Simulation (simulation)] permet aux aidants d'acquérir des habiletés pratiques et de bénéficier d'un soutien émotionnel afin de composer avec les complexités de la prestation des soins. Le personnel du centre est composé de travailleurs sociaux, de psychiatres, d'un psychologue, d'ergothérapeutes, de chefs de groupe, d'un éducateur, de chercheurs et d'administrateurs.

Après une phase d'évaluation, l'approche CAREERS est un programme de 10 semaines pour les petits groupes qui prévoit une sensibilisation, une thérapie pour apprendre à résoudre les problèmes et une formation axée sur des compétences à l'aide d'une simulation, qui est suivi par des séances au sein d'un groupe de maintien (une heure par mois) pendant un an suivant l'intervention. La phase de simulation comporte des rencontres en direct avec un patient-acteur et un professionnel formé pour simuler des situations réelles que la personne soignante vit actuellement. Les aidants, qui sont accompagnés par des guides cliniques experts, peuvent apprendre à composer avec les situations difficiles particulières qu'ils connaissent. Le programme vise à permettre aux personnes soignantes de perfectionner leurs habiletés pratiques, de mettre au point leurs mécanismes d'adaptation et de résolution de problèmes, d'améliorer la gestion des émotions et des communications difficiles avec la personne soignée, de diminuer l'anxiété et la dépression, d'optimiser leur santé et leurs interactions sociales et de demander un soutien émotionnel si nécessaire.

Le programme CAREERS a été financé en partie par le Programme de partenariats pour le développement social (PPDS) du gouvernement du Canada. Les services sont offerts gratuitement aux aidants qui sont inscrits au programme.

## RÉPERCUSSIONS :



L'efficacité de l'approche CARERS a été démontrée à l'aide d'une évaluation officielle des résultats réalisée par des personnes soignantes participantes ( $n=61$ ). Huit échelles ont été administrées avant et après l'intervention afin de déterminer si le programme atteignait ses principaux objectifs : l'amélioration des mécanismes d'adaptation et de résolution de problèmes, la régulation des émotions et l'auto-efficacité ainsi que la diminution du fardeau pour les aidants. Les pointages avant et après s'étaient beaucoup améliorés selon les mesures des mécanismes d'adaptation au stress orientés sur les émotions et les compétences liées à la prestation des soins. Les aidants qui avaient obtenu des pointages de base plus compromettants avaient également connu des améliorations statistiquement significatives selon les mesures de la dépression, de l'adaptation centrée sur l'accomplissement des tâches, de la maîtrise de la situation et du fardeau pour les personnes soignantes.

Les sondages sur la satisfaction ont révélé que pratiquement tous les participants considéraient que les groupes étaient importants et efficaces et que la formation axée sur des compétences avait changé leur comportement, leurs attitudes et leurs sentiments. Les participants ont beaucoup apprécié le soutien professionnel et la camaraderie ainsi que les exercices et les répétitions autorisés pendant les simulations qui constituaient, à leur avis, l'aspect le plus utile de l'intervention.

Les responsables du programme estiment que le coût pour tenir un groupe CARERS pendant 10 semaines s'élève à environ 1 800 \$ (ou 360 \$ par aidant ou l'équivalent de 12 \$ l'heure par aidant). Ce coût est établi selon une estimation qui suppose un taux de 30 \$ l'heure pour le clinicien en santé mentale communautaire qui dirige un groupe CARERS et pour un patient-acteur rémunéré pendant une période de 10 semaines (trois séances d'une heure par semaine). Le personnel est passé de quatre à 14 personnes et la superficie des locaux a doublé depuis les débuts de l'initiative.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le centre Reitman a été fondé à l'aide d'une subvention privée de la famille Cyril et Dorothy, Joel et Jill Reitman. L'objectif consistait à créer un centre voué aux soins des aidants, qui ne sont pas considérés comme des auxiliaires à la prise en charge de la personne atteinte de démence, mais comme une cible principale de l'intervention. L'Hôpital Mount Sinai a soutenu de manière importante le concept d'un programme communautaire pour les aidants, en offrant des locaux ainsi qu'une assistance technique. Une installation a été construite dans ce but. Une petite équipe interprofessionnelle du service de psychiatrie de l'Hôpital Mount Sinai a déterminé les principaux facteurs qui sont responsables du fardeau des aidants et de l'épuisement de ces derniers en s'appuyant sur les meilleures données de recherche disponibles. Des traitements fondés sur des données probantes ont été conçus ou adaptés afin de s'attaquer à ces facteurs. Chaque facteur lié à un fardeau a été défini dans la pratique avant de commencer le programme, puis évalué auprès de chaque personne soignante à l'aide d'instruments de recherche particuliers validés. Une grande attention a été portée pour faire connaître ce programme et pour le rendre accessible aux aidants qui vivent dans la collectivité. Un processus d'aiguillage sans obstacles a été instauré afin d'en faciliter l'accès pour tous.

Jusqu'à présent, le centre Reitman a dirigé 30 groupes CARERS (300 séances en petits groupes). Le modèle a été modifié et simplifié de manière à ce qu'il soit viable sur le plan financier dans la collectivité, notamment pour les services et les programmes communautaires non médicaux. À Toronto, des groupes satellitaires sont en voie d'être formés au centre de soins gériatriques Yee Hong, au centre MieuxVivre de l'Hôpital Mount Sinai, au centre communautaire St Christopher House à Toronto et au temple Holy Blossom. Le programme de base CARERS à l'Hôpital Mount Sinai a été mis au point pour être évolutif, et Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) a offert un soutien pour perfectionner le modèle et en élargir la diffusion au Canada. Afin d'en faciliter la diffusion, l'Hôpital Mount Sinai offre des cours pour les professionnels et a conçu des outils didactiques, comme des manuels et des modules d'apprentissage en ligne. Le programme CARERS a été adopté à Calgary, en Alberta, par la Calgary Chinese Elder Citizen's Association et par l'Alzheimer Society of Calgary, qui démarrent toutes les deux des groupes CARERS du centre Reitman.

En juin 2013, l'Hôpital Mount Sinai a reçu une subvention de 2,84 millions de dollars échelonnée sur cinq ans du Programme de partenariats pour le développement social (PPDS) du gouvernement du Canada afin de créer le premier programme complet au Canada consacré au soutien des aidants naturels qui ont un emploi, c'est-à-dire aux aidants qui font actuellement partie de la population active. Le programme Working CARERS sera donné dans le cadre d'un partenariat entre le gouvernement fédéral, l'Hôpital Mount Sinai et des collaborateurs du secteur privé. Lancé à l'automne 2013, il sera offert aux employés par des professionnels de Ceridian Human Capital Management, un service d'aide aux employés qui est donné chez BMO Groupe financier.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Joel Sadavoy

Titre : Responsable de la psychiatrie gériatrique, le Reitman Centre for Alzheimer's Support and Training; responsable des services de psychiatrie communautaires

Organisme : Hôpital Mount Sinai

Courriel : [Jsadavoy@mtsina.on.ca](mailto:Jsadavoy@mtsina.on.ca)

Téléphone : 416-586-5262



Dernière mise à jour : Le 8 août 2013

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

**Communications personnelles :**

Sadavoy, J. (examen et rétroaction, juillet 2013). [Hôpital Mount Sinai].

**Publications :**

**Autres profils :**

**Autres :**

Reitman Centre CARERS Program. (sans date) *CARERS: Coaching, advocacy, respite, education, relationship, simulation*.  
Extrait de : <http://www.mountsinai.on.ca/static/carers/>

Sadavoy, J. (mai 2012). *The Reitman Centre for Alzheimer Support and Training: The Reitman Centre CARERS program*.  
Présentation à l'occasion de la 11<sup>e</sup> conférence mondiale de la Fédération internationale du vieillissement (FIV), Prague.

Sadavoy, J. (2011). *The Reitman Centre CARES for carers program* [notes de présentation]. Extrait de :  
[http://www.supportingfamilycare.com/uploads/docs/Reitman\\_Centre](http://www.supportingfamilycare.com/uploads/docs/Reitman_Centre)

Mt. Sinai Hospital. (26 juin 2013). Mount Sinai Hospital to lead new workplace program to support dementia caregivers [communiqué de presse]. Extrait de :  
[https://www.mountsinai.on.ca/about\\_us/news/2013-news/mount-sinai-hospital-to-lead-new-workplace-program-to-support-dementia-caregivers](https://www.mountsinai.on.ca/about_us/news/2013-news/mount-sinai-hospital-to-lead-new-workplace-program-to-support-dementia-caregivers)

**External Source:** <http://www.mountsinai.on.ca/care/reitman>





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

# Modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle de l'Hôpital général de Kingston

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice décrit la conception et la mise sur pied d'un modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle (MPCI) sûr, rentable et centré sur le patient et la famille en milieu hospitalier. Le MPCI a été mis en place en Ontario en novembre 2009 dans plusieurs unités de soins aux patients au sein d'un grand hôpital.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Cette initiative d'amélioration de la qualité visait à concevoir, à mettre sur pied et à évaluer un modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle sûr, rentable et axé sur le patient et la famille à l'Hôpital général de Kingston. L'une des stratégies 2015 de l'Hôpital général de Kingston consiste à donner vie à de nouveaux modèles de formation et de soins interprofessionnels. La mise sur pied du MPCI était l'un des fondements de ce changement transformationnel. Les points à améliorer comportaient notamment la communication, la planification des congés et la participation significative des patients et des familles au processus de soins.

Le modèle a été lancé en 2009 dans le cadre d'une stratégie de redressement financier. De mars à octobre 2009, 54 représentants de disciplines variées se sont réunis afin de concevoir une nouvelle approche de la prestation des soins. L'équipe de conception s'est d'abord concentrée sur les problèmes et les difficultés qui avaient des répercussions sur la prestation des soins, puis elle a défini une vision de l'avenir, qui a pris la forme du MPCI.

Huit équipes de mise en œuvre ont soutenu la restructuration des rôles et des processus. Le modèle qui en a découlé était orienté sur le patient et la famille et conceptualisé comme un système intégré de personnes, de technologies, d'informations et de processus activé par la collaboration, la coordination, la communication, l'éducation et le leadership.

Entre les mois de novembre 2009 et d'avril 2012, le modèle a été mis en place dans 18 unités de patients hospitalisés et dans 33 zones de soins ambulatoires. Au début, l'accent a été mis sur les unités médicales et chirurgicales pour les adultes hospitalisés. Ensuite, il a été mis sur les unités de soins spécialisés, puis sur les patients externes et les zones de soins ambulatoires. La mise sur pied du modèle a été supervisée par un comité directeur et des équipes faisaient des comptes rendus sur les progrès dans les domaines de la documentation, de la technologie, de la conception de procédés, de l'éducation et des ressources humaines.

Tous les membres du personnel ont assisté à des séances de formation obligatoires sur le MPCI et, jusqu'à présent, plus de 2 200 personnes ont pris part à ces cours, qui sont animés par des employés ainsi que par des conseillers en matière d'expérience des patients.

Peu après la mise en place, l'équipe s'est aperçue que les patients et les familles devaient être consultés et avoir l'occasion de contribuer au processus au fur et à mesure qu'il avançait. En février 2010, un comité consultatif des patients et des familles a été créé à cette fin. Ce comité continue d'exercer une influence sur la transformation continue de l'organisation.

## RÉPERCUSSIONS :

Un cadre d'évaluation centré sur les résultats pour le patient, le fournisseur et le système a été créé à l'aide d'une conception avant et après qui faisait appel à des méthodes mixtes afin de déterminer les retombées du MPCI. Six unités de patients hospitalisés et huit zones de soins ambulatoires ont été évaluées à des intervalles précis. Pendant quatre semaines, l'équipe d'examen a également réalisé des études des dossiers des patients qui avaient été admis dans les unités visées par le MPCI afin de déterminer les retards dans la prestation des services de soins aux patients et les motifs de ces retards, ainsi que les



problèmes de qualité et les retards avec les congés, et dans le but d'évaluer l'effet du MPCCI sur les résultats pour le système.

Trente mois après la mise en place, les résultats montrent des améliorations dans la qualité des soins aux patients et la qualité de la vie au travail. Dans les sondages réalisés auprès des patients et des fournisseurs, les répondants se disent satisfaits des résultats. Jusqu'à maintenant, 624 patients et 398 fournisseurs ont répondu aux sondages sur le MPCCI. Les patients ont indiqué qu'ils sont plus conscients des plans qui touchent à leurs soins de santé, que leurs soins sont bien coordonnés et qu'ils se sentent en sûreté et en sécurité. En règle générale, les sondages effectués auprès des patients révèlent une tendance stable en ce qui a trait à la satisfaction à l'égard de soins, même s'il y a des fluctuations entre les unités. Les résultats des sondages réalisés auprès des employés et des médecins montrent des améliorations dans la pratique en collaboration et la satisfaction au travail, même si les résultats peuvent également varier d'une unité à l'autre.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le modèle a été conçu pour le milieu des patients hospitalisés, puis adapté par la suite pour les zones de soins ambulatoires. Le MPCCI a été mis en place en sept vagues dans 18 unités de patients hospitalisés, puis adapté en cinq temps pour les 33 unités de soins ambulatoires et externes.

Pendant la phase de la conception du MPCCI, l'équipe de projet a visité le Toronto East General Hospital en mars 2009 afin de se familiariser avec un nouveau modèle de soins aux patients qui avait été conçu et mis sur pied dans trois unités de patients hospitalisés au sein de cette organisation. L'équipe a également tenu une téléconférence avec les responsables de l'initiative sur les modèles de soins en Nouvelle-Écosse (Model of Care Initiative in Nova Scotia). Le MPCCI ne s'est pas inspiré de l'un de ces modèles, mais l'équipe de projet a été mise au courant des réussites et des difficultés liées à la mise en place d'un nouveau modèle de prestation des soins dans les deux établissements. De son côté, l'Hôpital général de Kingston reçoit maintenant plusieurs visites et demandes de renseignements de la part d'autres organismes qui cherchent à mettre sur pied des modèles similaires.

Les difficultés éprouvées pendant la mise en place englobaient la mobilisation du personnel, la résistance au changement, les pratiques de longue date et les demandes concurrentes. Les leçons tirées portaient notamment sur la nécessité d'accorder une attention minutieuse au positionnement, d'assurer des communications claires tout au long du processus, de mobiliser tous les intervenants dès les premiers temps et souvent et de ne pas oublier qu'il faut du temps pour changer une pratique.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Cynthia Phillips  
Titre : Gestionnaire de projet et de la pratique interdisciplinaire  
Organisme : Hôpital général de Kingston  
Courriel : [phillipc@kgh.kari.net](mailto:phillipc@kgh.kari.net)  
Téléphone : 613-549-6666, poste 4867  
Dernière mise à jour : 29 Mai 2013

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

##### ***Communications personnelles :***

Phillips, C. (examen et rétroaction, 29 mai 2013). [Hôpital général de Kingston].

##### ***Publications :***

##### ***Autres profils :***

##### ***Autre :***

Phillips, C. Présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

**External Source:** [N/a](#)



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

# Programme de stages communautaires intégrés pour l'évaluation clinique des étudiants de premier cycle en médecine à l'Université de la Colombie-Britannique

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 vise à combler la pénurie de médecins dans les collectivités rurales et éloignées. La pratique, qui a été lancée en septembre 2004 à l'hôpital général de Chilliwack, en Colombie-Britannique, met à contribution six médecins de famille à titre de précepteurs primaires ainsi qu'un groupe de dirigeants du corps enseignant afin d'exécuter la planification du programme.

**DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :** En 2004, l'Université de la Colombie-Britannique a mis à l'essai le premier programme de stages communautaires intégrés au Canada afin de combler la pénurie chronique de médecins de famille dans les régions rurales et éloignées de la province. Six étudiants ont pris part au projet pilote et ont choisi la médecine familiale comme cheminement de carrière. Aujourd'hui, cinq autres emplacements en Colombie-Britannique proposent des stages communautaires intégrés et 20 stagiaires sont placés chaque année. On projette d'en placer 24 par année d'ici 2015.

Les stages communautaires intégrés constituent une approche non traditionnelle de la formation clinique dans laquelle les étudiants passent une année dans une collectivité avec des membres du corps professoral et sont en contact permanent avec un groupe de patients. Cette expérience diffère de la formation clinique traditionnelle qui prend généralement la forme de rotations à toutes les six à huit semaines entre plusieurs spécialités et qui se déroule souvent dans plusieurs hôpitaux universitaires tertiaires en milieu urbain.

La continuité du programme de stages communautaires intégrés permet aux étudiants de suivre les cas de patients du début à la fin, pendant une période suffisamment longue pour voir les résultats de leurs décisions liées au traitement et pour acquérir des compétences en gestion du suivi et du traitement. Les précepteurs primaires en médecine familiale supervisent le perfectionnement des compétences des étudiants en médecine dans toutes les disciplines, tandis que la formation clinique concurrente avec un petit groupe d'enseignants spécialistes s'ajoute à l'expérience d'apprentissage globale des étudiants. Les étudiants quittent le programme en comprenant le fonctionnement des systèmes de soins de santé dans les petites localités.

## RÉPERCUSSIONS :

Une comparaison entre les rapports d'évaluation en cours de formation du programme de stages communautaires intégrés et des stages cliniques traditionnels de l'Université de la Colombie-Britannique et les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) a révélé que les étudiants qui avaient fait des stages communautaires intégrés obtenaient des classements plus élevés et plus fiables dans les rapports d'évaluation en cours de formation. Les résultats des ECOS ont toutefois montré des corrélations plus faibles entre les évaluations objectives et subjectives des compétences cliniques. De plus, les diplômés qui avaient fait des stages communautaires intégrés et les diplômés qui avaient suivi une formation traditionnelle ont obtenu des résultats équivalents du point de vue statistique à l'ECOS interne réalisé en 2012 après la quatrième année par l'Université de la Colombie-Britannique.

Les évaluations par les étudiants de leur expérience dans le cadre du programme de stages communautaires intégrés ont été positives et ont contribué à éclairer les modifications apportées au programme pilote de 2004. En outre, les diplômés qui ont fait des stages communautaires intégrés semblent faire des choix de carrière qui concordent avec les objectifs du programme. La moitié des 54 diplômés de 2004 à 2012 du programme de stages communautaires intégrés ont été jumelés à une résidence en médecine familiale et en médecine familiale rurale. Le programme de stages communautaires intégrés n'a pas été évalué par rapport aux résultats pour les patients, même si le groupe chargé des stages communautaires intégrés de l'Université de la



Colombie-Britannique a manifesté un intérêt pour la recherche sur cet aspect.

Il est difficile de comparer les coûts entre les stages communautaires intégrés et les stages cliniques rotatifs traditionnels pour plusieurs raisons. Comme les programmes de stages communautaires intégrés ont été mis sur pied dans des administrations où les études n'avaient pas été faites auparavant, l'Université de la Colombie-Britannique a dû investir dans des infrastructures éducatives, comme la technologie pour les vidéoconférences. Au demeurant, les économies d'échelle ne s'appliquent pas aux stages communautaires intégrés, ce qui rend le fonctionnement des établissements de plus petite taille plus onéreux. Par contraste, les programmes rotatifs traditionnels bénéficient d'un partage des coûts liés aux établissements, à l'enseignement et à l'administration.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Des stages communautaires intégrés ont été mis sur pied avec succès et ont donné des résultats positifs dans une quinzaine d'écoles aux États-Unis, en Australie et en Afrique du Sud. Le modèle utilisé par l'Université de la Colombie-Britannique, qui a été conçu en collaboration avec le D<sup>r</sup> Paul Worley, doyen de la faculté de médecine à l'Université Flinders de l'Australie du Sud à Adelaide, s'inspire fortement de programmes similaires qui ont été adoptés et validés dans les régions rurales de l'Australie. La réussite du projet pilote de Chilliwack a été suivie par la création d'une initiative similaire à Terrace en 2008, à Fort St. John en 2009, à Duncan en 2010, puis à Trail et à Vernon en 2011. L'efficacité de la formation médicale clinique non traditionnelle a été évaluée dans le cadre d'études de cohortes aux États-Unis et en Australie et a fait l'objet de comptes rendus dans des revues à comité de lecture, notamment dans *Academic Medicine* et dans le *British Medical Journal*. Les résultats indiquent que les diplômés réussissent aussi bien ou mieux que leurs homologues qui ont reçu une formation traditionnelle, d'après les mesures de la connaissance du contenu, et qu'ils se sentent mieux préparés pour aborder les aspects des soins qui sont centrés sur le patient, y compris la gestion des dilemmes éthiques, la participation des patients à la prise de décisions et les rapports avec une population diversifiée.

L'Université de l'Alberta a mis sur pied une option de stages communautaires intégrés en milieu rural en 2007 et l'Université de Calgary a fait de même en 2008. La faculté de médecine la plus nouvelle au Canada, l'École de médecine du Nord de l'Ontario, a mis en place son propre programme en 2007 et elle est la première école de médecine au monde à exiger que les étudiants s'inscrivent à une formation clinique longitudinale. L'Université de Dalhousie, l'Université McGill et l'Université Queen's l'ont suivi par la suite. Depuis 2004, plus de 100 établissements d'enseignement dans le monde se sont joints à un consortium international afin de discuter de l'option et de l'explorer.

Même si les stages communautaires intégrés de l'Université de la Colombie-Britannique ciblent les collectivités rurales et éloignées, une recherche s'attarde aux difficultés liées au démarrage d'un stage intégré longitudinal dans une collectivité bourdonnante d'activités de la banlieue et tente de déterminer dans quelle mesure le programme serait différent d'un programme destiné à une collectivité rurale. Les résultats préliminaires indiquent que les principes des stages intégrés longitudinaux peuvent s'appliquer n'importe où, mais qu'ils doivent être éclairés par une analyse pragmatique pour ce qui est du contexte et des ressources locales.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>r</sup> Mark MacKenzie  
Titre : Directeur du programme de stages communautaires intégrés  
Organisme : Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique  
Courriel : [lcc.admin@ubc.ca](mailto:lcc.admin@ubc.ca)  
Téléphone : 604-875-4111, poste 62380  
Dernière mise à jour : Juin 2013

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

##### **Publications :**

Fleming, B. et MacKenzie, M. (2013). Integrated community clerkship: Medical education at UBC and the challenge of underserved communities. *BC Medical Journal*, vol. 55, n<sup>o</sup> 4, 192–195.

Norris, T.E., Schaad, D.C., DeWitt, D., Ogur, B. et Hunt, D. (2009). Longitudinal integrated clerkships for medical students: An innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Academic Medicine*, vol. 84, n<sup>o</sup> 7, 902–907.

Strasser, R. et Hirsh, D. (2011). Longitudinal integrated clerkships: Transforming medical education worldwide? *Medical Education*, vol. 45, n<sup>o</sup> 5, 436–437.

##### **Communications personnelles :**



MacKenzie, M. (examen et rétroaction, 18 juin 2013). [Directeur du programme de stages communautaires intégrés de l'Université de la Colombie-Britannique].

**External Source:** <http://mdprogram.med.ubc.ca/program-information/integrated-community-clerkships/>



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

# Rencontres sur le rendement : rassembler les équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice est un moyen pour les équipes interprofessionnelles de communiquer, de collaborer et de surveiller les progrès réalisés dans le but d'améliorer la qualité au point de service. Lancée en Ontario en novembre 2011, cette pratique interactive a lieu dans plusieurs unités de soins aux patients réparties entre trois sites d'un organisme de santé.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Instaurer une culture axée sur la prise en charge collective et la collaboration à la grandeur de n'importe quelle organisation peut être tout un défi. Afin de tirer parti de l'ingéniosité des équipes interprofessionnelles à la ligne de front, le William Osler Health System a mis sur pied des rencontres sur le rendement qui permettent d'expérimenter, d'évaluer et d'améliorer continuellement les priorités de l'organisation au point de service. Nées d'une initiative orientée sur l'accès et le roulement à l'échelle de l'organisation, les rencontres sur le rendement sont de courtes réunions quotidiennes ciblées de cinq à dix minutes avec le personnel qui sont consacrées à l'amélioration de la qualité. Les rencontres sont une occasion pour les fournisseurs de soins de santé et pour le personnel de soutien de discuter du rendement de la journée précédente selon des données en temps réel et d'unir les efforts afin de cerner les obstacles, de trouver des solutions et de célébrer les réussites conjointes.

Dirigées par le gestionnaire de soins aux patients de chaque unité, les rencontres mettent à contribution tous les membres de l'unité, c'est-à-dire les médecins, le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux ainsi que le personnel administratif et de soutien et même, à l'occasion, les patients et les visiteurs. Les rencontres font appel à des techniques de gestion visuelles afin d'aider les équipes interprofessionnelles à communiquer dans le même langage par le truchement d'un affichage normalisé appelé tableau des signes vitaux. Chaque jour, le gestionnaire de soins aux patients se procure les données de la veille, à partir d'un portail en ligne de données sur le rendement, qu'il affiche sur son tableau. Ces données quotidiennes sont reliées à la fiche de pointage de l'organisation. Les données comprennent les commentaires directs des patients qui sont recueillis par l'entremise du centre d'appels Osler. Le personnel infirmier du centre d'appels communique par téléphone avec la plupart des patients hospitalisés dans les 48 heures qui suivent leur congé afin de s'informer de leur expérience. Grâce aux rencontres, le personnel présente des suggestions d'amélioration et est en mesure de mettre en place des solutions à l'aide de ressources et d'un soutien. Cette façon de procéder responsabilise les intervenants sur le plan individuel et permet à chaque personne de jouer un rôle dans la réussite de l'organisation.

Les tableaux des rencontres sur le rendement sont situés dans les aires publiques des unités destinées aux patients, aux familles et aux visiteurs afin d'inciter toutes ces personnes à poser des questions à leur sujet. Les patients et les familles ont également participé à la rencontre. Des initiatives formidables qui ont des incidences sur la prestation des soins aux clients et aux familles sont issues d'une rencontre de ce genre. Par exemple, l'achat de chaussettes antidérapantes pour les patients qui sont particulièrement vulnérables aux chutes afin de les empêcher de tomber est fondé sur une idée qui émane d'une rencontre.

Cette initiative, qui a été lancée en novembre 2011 aux trois sites du William Osler Health System, s'est rapidement répandue à toutes les autres unités de soins aux patients ainsi que dans quelques domaines de service non cliniques. Pour mettre sur pied des rencontres sur le rendement, il a fallu déterminer un champion principal du leadership, car un leadership spécialisé s'avère nécessaire pour mettre en œuvre cette initiative et pour en surveiller le déroulement. Il est également important que le travail soit « normalisé », c'est-à-dire qu'il comporte des étapes uniformes écrites et claires sur la façon de procéder pour tenir une rencontre, et que la démarche soit uniformisée dans l'ensemble de l'organisation.

## RÉPERCUSSIONS :



Les rencontres sur le rendement sont évaluées de trois grandes façons. Premièrement, la participation des unités est évaluée à l'aide de vérifications mensuelles des tableaux des signes vitaux dans l'ensemble de l'organisation, puis elle est suivie par un accompagnement pour les unités à l'intérieur desquelles la participation est moins uniforme. Deuxièmement, l'efficacité des rencontres est mesurée en comparant les progrès aux paramètres de rendement de l'organisation, qui sont évalués chaque mois aux échelons des cadres et des dirigeants cliniques et des programmes. Si les objectifs ne sont pas atteints, les dirigeants des programmes et des unités collaborent avec le personnel de première ligne afin de dresser des plans d'amélioration. Troisièmement, les dirigeants offrent un soutien sous forme de mentorats d'égal à égal pour les chefs de rencontres. Les dirigeants des soins aux patients assistent également aux rencontres chaque semaine et accompagnent les chefs de rencontres.

Bien que la pratique des rencontres sur le rendement n'ait pas été évaluée officiellement à cette étape-ci, les témoignages personnels, les observations et les résultats préliminaires donnent à entendre qu'elle peut contribuer à l'amélioration des paramètres de rendement et qu'elle est susceptible de donner des résultats positifs pour la santé.

Les rencontres ont amélioré le rendement et joué un rôle de premier plan dans la création d'équipes interprofessionnelles très efficaces, en transformant la communication et en instituant une culture orientée sur la communication ouverte, la confiance et l'appartenance. Parmi les exemples de réussites qui découlent des rencontres, il y a l'amélioration du temps consacré au lit du malade hospitalisé, qui a diminué de plus de la moitié, ainsi que la diminution des taux de chutes et d'infections urinaires. Dans les domaines de service non cliniques, comme la gestion des renseignements sur la santé, les rencontres ont permis de réduire le temps consacré au traitement de la distribution des documents ainsi que le délai d'exécution pour la préparation du dossier du patient. Les principaux facteurs de réussite sont notamment une approche multidisciplinaire qui met les médecins à contribution, la participation hebdomadaire des directeurs de programmes afin d'offrir un accompagnement et un encadrement ainsi que la participation régulière de l'équipe de la haute direction. Les membres du conseil d'administration ont également assisté aux rencontres, qui ont contribué à les sensibiliser davantage à l'incidence directe de ces réunions sur les initiatives de qualité et de sécurité.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Cette pratique a été mise sur pied dans le cadre de la stratégie axée sur le processus d'amélioration du rendement dans les salles d'urgence et les autres niveaux de soins de l'Ontario. Le concept de la rencontre sur le rendement, qui a été adapté afin d'être utilisé dans le William Osler Health System, n'est pas nouveau, mais il a été bonifié par l'inclusion de données en temps réel sur la satisfaction des patients.

Comme elle est efficace pour intégrer des équipes interprofessionnelles, la pratique des rencontres sur le rendement dans les unités cliniques d'essai s'est rapidement répandue à tous les domaines cliniques et à la plupart des domaines non cliniques et administratifs dans deux sites hospitaliers ainsi qu'au site administratif. Les champions de la haute direction qui donnent des conseils et qui surveillent les progrès, les services d'aide à la décision liés à la collecte et à la communication des paramètres, le guide normalisé à l'intention des chefs de rencontres ainsi que les ressources pour la gestion du changement et la gestion des projets afin d'aider les équipes à mettre en place les solutions sont les éléments clés qui ont permis d'élargir l'adoption de la pratique.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Kiki Ferrari  
Titre : Directrice exécutive, Services cliniques  
Organisme : William Osler Health System  
Courriel : [kiki.ferrari@williamoslerhs.ca](mailto:kiki.ferrari@williamoslerhs.ca)  
Téléphone : 905-494 2120, poste 50167  
Dernière mise à jour : Le 6 mai 2013

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

##### **Communication personnelle :**

Ferrari, K. (rétroaction et examen, 6 mai 2013). [William Osler Health System].

##### **Publications:**

##### **Autres profils :**

##### **Autre :**

Ferrari, K. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil



canadien de la santé (2012).





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

## Heart Failure Outreach Support Team (HOST)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### APERÇU :

Cette pratique novatrice facilite la diminution des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours pour les patients qui souffrent d'une insuffisance cardiaque en modifiant le rôle des infirmières autorisées dans le processus de congé. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans une autorité sanitaire, met à contribution des infirmières autorisées, les services cardiovasculaires, l'administration du service cardiovasculaire ainsi que des équipes interprofessionnelles en milieu hospitalier.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'insuffisance cardiaque est une maladie complexe qui entraîne un lourd fardeau personnel, un séjour pénible à l'hôpital, un taux de réadmission de 20 % dans les 30 jours, un congé de mauvaise qualité et une transition très risquée entre les soins actifs et les soins communautaires. Les données de la Fraser Health Authority révèlent que près de la moitié des visites de suivi par les médecins n'étaient pas prévues avant le congé et que moins du quart des plans de congé étaient clairement documentés.

Par conséquent, une équipe de soutien et d'approche pour l'insuffisance cardiaque (Heart Failure Outreach Support Team ou HOST) a été créée dans le cadre d'une nouvelle initiative à la Fraser Health Authority dans le but principal de diminuer de 15 % par rapport au niveau de référence les réadmissions pour toutes causes confondues. Pour ce faire, l'équipe s'est servie du modèle de transition après le congé pour l'amélioration de la qualité de l'Institute of Health Improvement (IHI). Ce modèle comporte un rôle novateur pour les infirmières autorisées afin de favoriser un congé de qualité. Les infirmières autorisées en soins cardiovasculaires sont des gestionnaires de cas qui déterminent les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui doivent subir une intervention à l'aide d'évaluations ciblées des dossiers et qui facilitent la mise en place en collaborant avec l'équipe interprofessionnelle et en prodiguant des soins aux patients.

La HOST a fondé son approche sur quatre objectifs :

- 1) une évaluation améliorée de l'admission pour les besoins après le congé;
- 2) un enseignement et un apprentissage améliorés;
- 3) une communication orientée sur le patient et la famille;
- 4) un suivi post-soins actifs adéquat dans les 72 heures qui suivent le congé.

### RÉPERCUSSIONS :

La HOST a saisi les données de la mise en place de l'intervention et publié ses résultats sous forme de présentations et de publications gouvernementales comme le *Journal canadien de cardiologie*. L'équipe a remarqué qu'un mois après la mise en œuvre, le taux de réadmission dans les 30 jours était passé de 39,1 % à 14,6 %. Des sondages réalisés auprès des patients ont également révélé que l'intervention de la HOST avait contribué au soutien émotionnel et à la sensibilisation informative à l'insuffisance cardiaque ainsi qu'au plan de soins avancés. Les patients ont aussi bien aimé le suivi par téléphone après le congé.

D'autres données seront documentées et communiquées par le truchement du registre établi de la HOST. Le registre permet de suivre les renseignements importants sur l'évaluation et le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque qui seront utilisés pour les évaluations de programmes subséquentes.

À l'heure actuelle, le projet est élargi de manière à former des infirmières autorisées qui possèdent des antécédents en médecine, en chirurgie et en soins à domicile, mais qui n'ont pas d'expérience en services cardiovasculaires. Cette étude sur la formation déterminera dans quelle mesure le personnel infirmier est prêt à inciter les patients qui souffrent d'une insuffisance cardiaque à prendre part à des initiatives d'autogestion, y compris la HOST.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



Mis à part le fait qu'elle s'inspire du modèle de transition après le congé de l'IHI, l'initiative HOST n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Pour réussir à mettre une HOST sur pied, il faut améliorer la qualité, notamment en s'attaquant aux obstacles linguistiques, au non-respect, aux obstacles liés au transport vers les cliniques et à la participation des patients dans plusieurs spécialités. La réussite dépend de la communication entre les infirmières autorisées, les équipes interprofessionnelles et les organismes communautaires.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Carol Galte

Titre : Chef de la Heart Failure Outreach Support Team

Organisme : Services cardiaques du Surrey Memorial Hospital, Fraser Health Authority

Courriel : [Carol.Galte@fraserhealth.ca](mailto:Carol.Galte@fraserhealth.ca)

Téléphone : 604-805-1142

Dernière mise à jour : Le 19 mai 2013

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

##### *Communications personnelles :*

##### **Publications:**

M. Cournoyer, M., Thomas, L., Galte, C., Greenberg, K. et Meloche, M. (2012). « N018 Heart failure outreach support team—Cardiovascular nurses navigate the transition from hospital to home », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 28, n° 5, S425. Résumé disponible à : <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0828-282X/PIIS0828282X12011208.pdf>

##### **Autres profils :**

##### **Autres :**

Brown, C. (2012). *Heart failure outreach support team (HOST): Ensuring a quality discharge transition for heart failure patients—Expanding the registered nurse role*. [Notes de présentation]. Extrait de :

[http://prezi.com/r4bfvwwmgyc/heart-failure-outreach-support-team-host/?auth\\_key=0a33ad2969bc13b324232310534ec1ad22cf3a95](http://prezi.com/r4bfvwwmgyc/heart-failure-outreach-support-team-host/?auth_key=0a33ad2969bc13b324232310534ec1ad22cf3a95)

Thomas, L. et Cournoyer, M. (2012). *Heart failure outreach support team (HOST) discharge transition project: Expanding the role of the registered nurse*. Extrait de :

<http://qualityforum.ca/2013prevsite/2012-quality-forum/2012-presentations/heart-failure-outreach-support-team-host-discharge-transition-project-expanding-the-role-of-the-registered-nurse/>

Fraser Health Authority. (2013). Evidence bytes: bringing knowledge and evidence news to nurses' work. *Evidence for Excellence*, Jan/Feb. Extrait de : [http://www.fraserhealth.ca/media/EvidenceBytes-Issue-13\\_V3.pdf](http://www.fraserhealth.ca/media/EvidenceBytes-Issue-13_V3.pdf)



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

# Évaluation de la mise sur pied de modules d'éducation sur les problèmes de santé dans le cadre d'interventions précises par des pharmaciens : l'étude « AIMS »

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à déterminer si les modèles d'éducation sur les problèmes de santé ont amélioré les soins aux patients. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans une régie de la santé (Interior Health), met à contribution des pharmaciens et des responsables de pharmacie qui ont des antécédents en pédagogie et en formation.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les problèmes de santé prioritaires comme l'insuffisance cardiaque occasionnent un nombre important de visites dans les services des urgences, d'admissions dans les hôpitaux et de séjours prolongés, ce qui augmente les coûts. Des essais cliniques aléatoires réalisés à l'aide de sondages de type autoévaluation ont montré que les pharmaciens en milieu hospitalier qui sont appelés à résoudre des problèmes liés aux médicaments de patients qui ont un problème de santé prioritaire peuvent diminuer tous ces indicateurs. Les avantages d'enseigner aux pharmaciens à résoudre des problèmes liés aux médicaments n'ont cependant pas été quantifiés, analysés ou déclarés.

Afin de déterminer si un perfectionnement professionnel continu peut aider les pharmaciens à mieux répondre aux problèmes liés aux médicaments des patients qui ont un problème de santé prioritaire, Interior Health a conçu des modules d'éducation sur les problèmes de santé d'une durée de quatre semaines. La première semaine, qui était centrée sur des discussions sur les ressources tertiaires, était suivie par une semaine de formation sur les guides de pratique clinique qui ont été évalués par la grille AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument). La troisième semaine était consacrée à la mise en application de l'apprentissage dans des cas cliniques interactifs, tandis que la dernière semaine s'est terminée par une récapitulation du module à l'aide de discussions en groupe et de séances de compte rendu.

Après avoir terminé les modules, les pharmaciens étaient invités à résoudre des problèmes liés aux médicaments dans leur pratique quotidienne. Dans le but de déterminer la corrélation entre les modules d'éducation sur les problèmes de santé et les améliorations dans les soins aux patients, les résultats pour toutes les visites (les problèmes liés aux médicaments courants et ceux qui étaient visés par les modules) ont donc été consignés. Les neuf problèmes liés aux médicaments indiqués dans les modules sont la pneumonie, l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la cardiopathie ischémique, le diabète sucré, les infections urinaires, le reflux gastroœsophagien pathologique, l'ulcère gastroduodéal et la fibrillation auriculaire. Cette étude d'observation faisait le suivi des visites et des résultats à l'aide de l'outil DRP Tracker (un programme iPod Touch).

L'analyse, qui comparait les données sur les problèmes liés aux médicaments avant l'intervention par rapport aux problèmes qui ont suivi l'intervention, a permis de déterminer la proportion de l'ensemble des problèmes liés aux médicaments qui pouvaient être attribués statistiquement aux modules d'éducation sur les problèmes de santé. Les analyses secondaires se sont également attardées au résultat clinique fondé sur les modules et établi par site hospitalier afin de délimiter les effets des modules et le rendement de chaque hôpital au point de vue de l'amélioration des patients.

## RÉPERCUSSIONS :



Les résultats de l'analyse ont été discutés et présentés sous forme de moyens statistiques, comme des graphiques ou des tableaux, lors de séances de présentation dans le cadre du forum sur la qualité du Patient Safety & Quality Council de la Colombie-Britannique. Les données des modules en tant que tels révèlent que 61 % des pharmaciens ont suivi tous les modules et que 44 % d'entre eux ont répondu au sondage réalisé à la suite des modules. Les résultats du sondage indiquent que 95 % des répondants étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord » pour dire que les modules d'éducation sur les problèmes de santé leur avaient donné une formation suffisante pour résoudre avec confiance des problèmes liés aux médicaments.

Des données longitudinales montrent que l'augmentation constante de l'ensemble des problèmes liés aux médicaments au fil du temps était accompagnée d'une augmentation constante des problèmes liés aux médicaments tirés des modules. Les problèmes liés aux médicaments tirés des modules ont augmenté de 8,3 % entre le 1<sup>er</sup> octobre 2011 et le 31 mars 2012 et la hausse la plus importante s'est produite au début de cette période. Tous les modules ont engendré des améliorations de l'état des patients, sauf pour ceux qui souffraient d'une insuffisance cardiaque, d'une pneumonie, d'une infection urinaire ou de fibrillation auriculaire.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

L'étude AIMS n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative pourrait théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Bien que les résultats de cette étude semblent importants et fassent état des avantages positifs de mettre sur pied des modules d'éducation sur les problèmes liés aux médicaments, il est évident que la plupart de ces problèmes n'ont pas été réglés à l'aide de ces modules. Cela donne à entendre qu'il y a place à l'amélioration, surtout en ce qui concerne la modification de la pratique liée à la prescription.

Pour bénéficier des modules sur le plan clinique, il faut mobiliser des responsables locaux et tenir des réunions informatives et des visites de sensibilisation à l'aide de documents imprimés et de rappels pour les séances à venir. En terminant, des vérifications et une rétroaction s'avèrent nécessaires afin d'assurer une mise en place adéquate des modules d'éducation sur les problèmes liés aux médicaments et une amélioration. Une étude subséquente est actuellement en cours afin d'élaborer, de mettre en œuvre et d'analyser les effets des stratégies d'application des connaissances sur l'incidence clinique des modules d'éducation sur les problèmes liés aux médicaments qui entourent les soins aux patients.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Sean K. Gorman

Titre : Coordonnateur régional

Organisme : Clinical Quality and Research Pharmacotherapeutic Specialist – Critical Care, Interior Health

Courriel : s.o.

Téléphone : s.o.

Dernière mise à jour : Le 31 mai 2013

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

##### **Communications personnelles :**

##### **Publications:**

##### **Autres profils :**

##### **Autres :**

Interior Health (23 mai 2012). *Residency project proposal*. Extrait de :

[http://www.ihpharmacy.com/storage/IH%20Residency%20Project%20Proposal%20Slavik%202012-13\\_FINAL.pdf](http://www.ihpharmacy.com/storage/IH%20Residency%20Project%20Proposal%20Slavik%202012-13_FINAL.pdf)

Gorman, Sean K. et coll. (février 2013) *Assessment of implementing disease state education models on specific pharmacist interventions: "AIMS" study*. [Notes pour une allocution prononcée à l'occasion de la Conférence annuelle sur la pratique professionnelle à Toronto]. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Extrait de :

<http://qualityforum.ca/2013-quality-forum/2013-presentations/assessment-of-implementing-disease-state-education-modules-on-pharmacist-interventions-aims-study/>



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

# Clinique interprofessionnelle de physiothérapie et d'ergothérapie dirigée par des étudiants

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

## APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à accroître la capacité d'offrir des stages cliniques ainsi que le leadership chez les étudiants en physiothérapie et en ergothérapie et à promouvoir un modèle de soins interprofessionnels intégrés. La pratique a été lancée en Colombie-Britannique en juin 2009 sous la forme d'une clinique externe dans un grand hôpital de soins actifs.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les professionnels de la santé en devenir doivent acquérir une expérience clinique auprès de patients ayant des problèmes de santé ou des déficiences chroniques qui ne sont pas résolus. Ils ont également besoin de nouvelles occasions d'apprentissage interprofessionnel. La clinique interprofessionnelle dirigée par des étudiants offre les deux ainsi que des services de santé cliniques améliorés pour les personnes qui ont survécu à un accident vasculaire cérébral, les aînés fragiles, les diabétiques et d'autres personnes atteintes d'une maladie chronique.

Cette pratique a pris naissance sous la forme d'un service clinique dirigé par des étudiants en physiothérapie, en juin 2009, dans le cadre d'une initiative de collaboration entre Fraser Health et l'Université de la Colombie-Britannique (UCB). Le programme s'est tenu dans une ancienne installation externe sous-utilisée au Royal Columbia Hospital, un grand centre de soins actifs. Le personnel de la clinique originale était composé de six étudiants en physiothérapie sous la direction d'un seul clinicien en physiothérapie. En l'espace d'un an, la clinique dirigée par des étudiants en physiothérapie a été agrandie afin d'accueillir d'autres étudiants fournisseurs de soins. En 2010, les étudiants des programmes d'ergothérapie et de médecine ont été initiés à la clinique dans le but de faire l'essai d'une véritable expérience d'apprentissage interprofessionnelle.

À l'heure actuelle, la clinique dirigée par des étudiants compte un éducateur clinique en physiothérapie et un éducateur clinique en ergothérapie. Chaque éducateur peut superviser jusqu'à six étudiants à n'importe quel moment.

Les objectifs de la clinique consistaient notamment à :

- 1) améliorer considérablement l'enseignement et l'apprentissage des étudiants en aménageant un site novateur pour des stages cliniques interprofessionnels;
- 2) combiner l'enseignement et l'apprentissage dans et entre les professions de la santé qui s'accordent naturellement dans la pratique clinique;
- 3) évaluer la faisabilité de maintenir une clinique véritablement interprofessionnelle qui pourrait devenir un modèle pour l'intégration des autres professions de la santé.

Le programme est novateur dans le sens où les étudiants en physiothérapie et en ergothérapie se partagent les responsabilités pour tous les aspects du fonctionnement de la clinique, y compris l'évaluation des patients, les traitements, les rendez-vous des clients et l'aiguillage vers d'autres services au besoin. La clinique offre également un cadre interprofessionnel où la pratique et l'apprentissage collaboratifs sont encouragés.

Les facteurs qui ont motivé la création de la clinique étaient notamment l'augmentation du nombre d'étudiants en physiothérapie et en ergothérapie inscrits à l'Université de la Colombie-Britannique ainsi que le besoin concomitant d'accroître la capacité d'offrir des stages cliniques, la nécessité de faciliter l'accès aux services de physiothérapie et d'ergothérapie pour les patients qui ont des besoins d'adaptation complexes et la volonté de promouvoir un modèle de soins intégrés et interprofessionnels.

Fraser Health est favorable à l'initiative depuis ses débuts en raison de son incidence perçue sur les soins aux patients, de sa capacité à combler un manque de services, de la possibilité de recruter de nouveaux diplômés dans la région sanitaire, de la possibilité d'écourter les séjours et de sa capacité à servir de modèle et de catalyseur pour la transformation de la pratique interprofessionnelle. La clinique a d'abord été soutenue par une subvention de l'Université de la Colombie-Britannique. Fraser



Health en assure maintenant la viabilité en assumant les coûts de fonctionnement permanents.

## RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation a été réalisée à l'aide de sondages sur la satisfaction, d'une évaluation des compétences interprofessionnelles des étudiants, d'une analyse informelle de la rétroaction des étudiants et d'une analyse statistique des résultats cliniques. La collecte des données a pris la forme de sondages selon l'échelle de Likert et de questions ouvertes, y compris une autoévaluation avant et après, une évaluation par des observateurs ainsi que des évaluations par les étudiants et les observateurs à la suite des stages.

La clinique dirigée par des étudiants a eu un effet positif sur la capacité d'offrir des stages en permettant de placer auprès de chaque éducateur clinique un maximum de six étudiants, au lieu d'un ou deux étudiants comme à l'habitude. L'évaluation de la clinique par les étudiants a révélé un niveau de satisfaction élevé à l'égard des stages, en particulier dans les domaines de l'apprentissage entre pairs et de la préparation des nouveaux diplômés à la transition vers la pratique. La clinique a réussi à offrir une précieuse expérience d'apprentissage clinique interprofessionnelle à laquelle des étudiants en médecine ont également eu accès.

Les résultats obtenus par les clients de la clinique ont été favorables et ont démontré que certains groupes de patients externes ont obtenu des résultats semblables ou meilleurs que les groupes correspondants de patients hospitalisés. Les clients ont indiqué des taux de satisfaction élevés à l'égard du service et la clinique a facilité l'accès au service pour des groupes de clients précis. Au cours des trois années, plus de 900 patients qui, autrement, auraient eu de la difficulté à avoir accès au service ont été traités. En outre, les clients reçoivent un service interprofessionnel de physiothérapie et d'ergothérapie durant la même séance de traitement, ce qui assure un haut niveau de soins intégrés.

Ce modèle interprofessionnel de réadaptation dirigé par des étudiants a eu une influence directe sur la conception d'un programme interprofessionnel coordonné de réadaptation pour les patients externes. Ce programme, étendu depuis à six communautés dans Fraser Health, compte du personnel en physiothérapie, en ergothérapie et en orthophonie ainsi que des assistants en réhabilitation. Une analyse détaillée de l'incidence du système a révélé que la durée du séjour des patients hospitalisés qui avaient été orientés vers une réadaptation interprofessionnelle coordonnée avait été réduite de 10 jours en moyenne.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Une quantité grandissante de données probantes fait ressortir l'importance des modèles de pratique collaborative dans la prestation des services de santé afin d'améliorer la qualité des soins et les résultats sur la santé. Tous les responsables des programmes d'études pour les professionnels de la santé examinent des moyens pour concevoir des possibilités d'apprentissage clinique interprofessionnel afin de former les praticiens collaboratifs de l'avenir. Les leçons tirées peuvent être appliquées dans des milieux cliniques variés où il est possible d'intégrer des activités et une réflexion interprofessionnelles.

Depuis son lancement initial, la clinique, qui comptait au début uniquement des étudiants en physiothérapie, a connu un essor qui lui permet maintenant d'accueillir des étudiants en ergothérapie et en médecine. Devant la réussite de ce modèle dirigé par des étudiants, une clinique similaire a été mise sur pied avec succès dans au moins un centre de réadaptation et d'autres cliniques, destinées à des clients gériatriques et à des clients situés dans des régions rurales ou éloignées, en sont à l'étape de la planification. Ce modèle a également permis d'élaborer un programme de réadaptation interprofessionnelle pour les patients externes, qui s'est étendu à six collectivités à l'intérieur de Fraser Health.

De plus, l'expérience de la clinique dirigée par des étudiants donne à entendre qu'il est possible de cultiver ce modèle afin d'en faire une importante stratégie d'éducation interprofessionnelle. Ce modèle peut également être adapté en tant que concept de « programme dirigé par des étudiants » dans lequel des programmes précis menés par des étudiants seraient offerts plusieurs fois par année pendant que les étudiants sont en stage.

Voici quelques difficultés et « enseignements tirés » pour la mise en place :

- Le défi de maintenir le fonctionnement de la clinique lorsqu'il n'y avait pas d'étudiants de l'UCB en stage clinique a été relevé en acceptant des étudiants des programmes de l'ensemble du Canada ainsi que des étudiants étrangers.
- Même si la clinique actuelle a été mise sur pied dans un espace sous-utilisé réservé aux patients externes, la reproduction de la clinique dirigée par des étudiants dans un autre hôpital pose d'autres problèmes d'espace, car les activités des étudiants seront intégrées à un département pour patients externes achalandé dont le personnel est complet. La stratégie consistera à explorer d'autres horaires qui permettront un déroulement optimal des activités afin de réduire au minimum l'incidence des problèmes d'espace sur l'expérience d'apprentissage. Fraser Health envisage



également d'étendre la clinique étudiante à des zones rurales de la région sanitaire, mais l'accès des étudiants à des milieux ruraux devra être examiné afin d'assurer la viabilité de l'initiative.

- Comme c'est le cas pour plusieurs initiatives d'éducation interprofessionnelle, l'établissement de l'horaire des étudiants de différents programmes pour professionnels de la santé qui doivent être à la clinique en même temps demeure difficile en raison des modèles et des horaires d'études variés. En revanche, l'intégration d'étudiants provenant de plusieurs programmes contribue à optimiser le mélange de spécialisations professionnelles des étudiants présents dans la clinique en même temps.

#### PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : Scott Brolin  
Titre : Directeur de programme, Réadaptation / Soins paramédicaux  
Organisme : Fraser Health  
Courriel : [scott.brolin@fraserhealth.ca](mailto:scott.brolin@fraserhealth.ca)  
Téléphone : 604-897-4252

-----  
Nom : Sue Murphy  
Titre : Responsable adjointe, Études cliniques, département de physiothérapie  
Organisme : Université de la Colombie-Britannique  
Courriel : [sue.murphy@ubc.ca](mailto:sue.murphy@ubc.ca)  
Téléphone : 604-822-7413  
Dernière mise à jour : Le 6 mai 2013

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

##### **Communications personnelles :**

Brolin, S. (examen et rétroaction, 6 mai 2013). [Fraser Health]  
Murphy, S. (examen et rétroaction, 6 mai 2013). [Université de la Colombie-Britannique].

##### **Publications :**

Health Employers Association of BC. (n.d.). *Excellence in BC Health Care Awards 2009*. Extrait de : <http://www.heabc.bc.ca/Page3539.aspx#Academic> Health Award of Merit

##### **Autres profils :**

##### **Autres :**

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

Gee, H. et Stock, C. (2011). *Evaluation of an innovative interprofessional student run clinic*. [Notes de présentation]. Extrait de : [http://www.fraserhealth.ca/media/ResearchWeek2011-DAY1-2\\_GeeanStock.pdf](http://www.fraserhealth.ca/media/ResearchWeek2011-DAY1-2_GeeanStock.pdf)

**External Source:** <http://physicaltherapy.med.ubc.ca/clinical-education/clin-ed-current-students/placement-opportunities/>



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](mailto: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](#)

# Projet de préparation à la pratique et à l'examen national en ergothérapie (PPE-Ergo)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice montre comment soutenir et favoriser la transition des ergothérapeutes formés à l'étranger vers l'exercice de leur profession au Canada

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Projet de préparation à la pratique et à l'examen national en ergothérapie (PPE-Ergo) a été conçu dans le but de faciliter la transition des ergothérapeutes formés à l'étranger vers l'exercice de leur profession au Canada. Le PPE-Ergo a été créé dans le but de :

- répondre au besoin pour une plus grande diversité au sein de la profession;
- combler les pénuries de main-d'œuvre anticipées;
- diminuer les obstacles à l'intégration et à l'inclusion des ergothérapeutes formés à l'étranger sur le marché du travail.

**Le PPE-Ergo à la School of Rehabilitation Science de la McMaster University a bénéficié d'un financement du gouvernement de l'Ontario de 2008 à 2013. Le PPE-Ergo s'est uni à l'Association canadienne des ergothérapeutes et a reçu un financement supplémentaire du gouvernement du Canada afin de favoriser la participation des ergothérapeutes formés à l'étranger dans tous les coins du pays et à l'étranger.**

Ce projet, qui s'appuie sur un apprentissage par la résolution de problèmes ainsi que sur des principes d'apprentissage pour les adultes, est devenu un programme officiel offert par la School of Rehabilitation Science. À l'origine, le projet comportait :

- quatre modules offerts par la School of Rehabilitation Science de la McMaster University. Ces modules portaient sur la préparation à l'examen, le mentorat, la préparation au travail et le counseling à la transition. Ils ont été conçus à partir des commentaires des participants et de la rétroaction des membres de l'équipe de recherche sur les besoins qui n'étaient pas satisfaits. Bien que le module de counseling à la transition ait suscité un intérêt limité, les autres modules ont été ou sont offerts par l'Association canadienne des ergothérapeutes dans le cadre des plans de durabilité du PPE-Ergo. Ce partenariat assure l'accès des ergothérapeutes formés à l'étranger ainsi que des membres de la communauté élargie des ergothérapeutes qui peuvent bénéficier de l'apprentissage et des ressources.
- un modèle pour un curriculum de base de 23 semaines approuvé par l'assemblée universitaire. Ce module comportait cinq cours théoriques ainsi qu'un stage supervisé de huit semaines. À la suite des évaluations et des examens annuels des cours, le programme a été prolongé à 29 semaines et comprend quatre cours théoriques ainsi que le stage supervisé de huit semaines. Les cours théoriques, d'une durée et d'une profondeur équivalentes, sont suivis par une pause qui permet de procéder à la notation avant que les étudiants commencent leur stage. Ce module a été renommé le programme de Certificat PPE-Ergo afin de refléter la place qu'il occupe à l'université.

La McMaster University continue d'offrir ce programme aux ergothérapeutes formés à l'étranger en face-à-face ou en ligne, ce qui le rend accessible dans l'ensemble du Canada et outre-mer. Les comités consultatifs du Projet comprennent notamment des représentants des employeurs, des organismes de réglementation et des associations professionnelles afin de s'assurer de la pertinence du Projet par rapport aux besoins de la main-d'œuvre et du milieu de travail.

## RÉPERCUSSIONS :

**Les résultats des entrevues de fin d'emploi et des évaluations de cours montrent une corrélation importante entre la réussite du programme de Certificat et la réussite de l'examen de certification national. Mais il y a surtout des**



exemples d'ergothérapeutes formés à l'étranger qui ont été embauchés à l'endroit où ils ont terminé leur stage. De plus, d'autres données indiquent qu'un nombre grandissant de diplômés du Projet obtiennent leur permis d'exercer et trouvent du travail après avoir terminé leurs cours.

Le placement offert par les employeurs à l'échelle nationale s'est traduit par un apprentissage partagé sur les différences culturelles et l'inclusion. Des partenariats ont heureusement pu être créés avec plusieurs hôpitaux et organismes communautaires d'envergure. L'une des leçons importantes retenues est que les partenariats, en particulier avec les organismes de réglementation provinciaux, sont indispensables afin de s'assurer que le programme d'études réponde aux exigences réglementaires. Les défis à venir consistent notamment à assurer la durabilité à long terme du programme de Certificat compte tenu du nombre important de nouveaux Canadiens qui ont de la difficulté à acquérir de l'expérience dans le cadre d'un stage par eux-mêmes et qui n'ont souvent pas les moyens de payer les frais de scolarité.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle du Projet est intéressant pour les autres professions qui aimeraient faciliter la transition des professionnels formés à l'étranger au sein de leur main-d'œuvre. Les modules peuvent également être pertinents pour la réintégration des professionnels ou pour les praticiens qui ont besoin d'une formation d'appoint qui leur permettrait d'obtenir un autre titre ou certificat afin d'exercer leur profession.

#### PERSONNES-RESSOURCES :

##### Contact principal

Nom : Sue Baptiste

Titre : Professeure

Organisme: McMaster University, School of Rehabilitation Science

Courriel : [baptiste@mcmaster.ca](mailto:baptiste@mcmaster.ca)

Téléphone : 905-525-9140, poste 27804

##### Contact secondaire

Nom : Leah Dix

Titre : Professeure adjointe en clinique; gestionnaire de programme pour le PPE-Ergo

Organisme : McMaster University, School of Rehabilitation Science

Courriel : [dixlm@mcmaster.ca](mailto:dixlm@mcmaster.ca)

Téléphone : 905-525-9140, poste 26896

Dernière mise à jour : Le 3 avril 2013

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

##### Autre :

Baptiste, S. (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.ppe-ergo.ca/>



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

# Le Modèle de soins interprofessionnels© de L'Hôpital d'Ottawa (MSIP© de L'HO)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice est un guide servant à coordonner les soins offerts aux patients par les professionnels de la santé des différentes disciplines. Le modèle tient compte des compétences spécifiques des différents professionnels de la santé, des orientations stratégiques de leur hôpital et de la nécessité de collaborer pour offrir des soins axés sur le patient.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Modèle de soins interprofessionnels© de L'Hôpital d'Ottawa (MSIP© de L'HO) est un guide servant à coordonner les soins offerts aux patients par les professionnels de la santé des différentes disciplines. Le modèle tient compte des compétences spécifiques des différents professionnels de la santé, des orientations stratégiques de L'Hôpital d'Ottawa et de la nécessité de collaborer pour offrir des soins axés sur le patient. Le MSIP© de L'HO, qui est la prochaine pierre angulaire de la restructuration du système de L'HO, serait le premier en son genre. Le MSIP© de L'HO est un ensemble de 22 principes directeurs à l'aide desquels les équipes coordonnent les soins cliniques. Ces principes sont axés sur les concepts de la collaboration, de la reddition de comptes, de la communication interprofessionnelle et de la participation des patients aux prises de décisions.

Afin de favoriser la mise sur pied du MSIP© de L'HO, un programme d'éducation interprofessionnelle a été créé dans le but de renforcer les principes des soins interprofessionnels auprès des professionnels de la santé, des étudiants et des patients. Le programme d'éducation multidimensionnel a interpellé un nombre important de professionnels de la santé. Le soutien financier pour les trois premières années de la mise en œuvre de cette initiative de soins interprofessionnels, de 2007 à 2010, a été fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Depuis ce temps, L'HO se charge du financement.

Conçu par des patients et des fournisseurs de soins de santé, le MSIP© de L'HO est guidé par un groupe directeur dont les membres sont issus et représentatifs des professions de la santé. Le fruit du travail de patients et de leurs fournisseurs de soins de santé, il présente une souplesse unique. C'est justement cette qualité qui permet la mise en œuvre du MSIP© par un si grand nombre d'équipes dans l'ensemble de L'Hôpital. Le programme a été mis sur pied au sein de 96 équipes dans un grand centre universitaire des sciences de la santé. Chaque équipe se penche sur les principes directeurs et décide de la façon de les mettre en pratique au sein du groupe. L'équipe dresse ensuite un plan d'action autour des changements à mettre en place afin de respecter les principes directeurs.

## RÉPERCUSSIONS :

Une équipe de recherche utilise des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour évaluer le modèle au point de départ (TO) ainsi que six mois (T1) et 12 mois (T2) après sa mise en œuvre. La collecte des données TO et T1 est terminée tandis que le rassemblement des données T2 est en cours. Les résultats attendus sont : une meilleure qualité de soins pour les patients grâce à une collaboration interprofessionnelle plus efficace, un bien-être accru pour le personnel et un climat organisationnel plus favorable.

Les données anecdotiques actuelles montrent que les membres de l'équipe sont plus engagés et que les stratégies novatrices mises en place ont amélioré la collaboration entre eux ainsi que les soins prodigués aux patients et aux familles. Un certain nombre de ces changements étaient simples, comme commencer à tenir régulièrement des événements sociaux afin d'améliorer l'esprit d'équipe ou mettre à jour une brochure propre à l'unité. D'autres étaient légèrement plus compliqués, comme améliorer le processus du congé et du transfert des patients d'une unité à l'autre, instaurer une politique de tolérance zéro à l'égard de l'intimidation et des comportements irrespectueux, mettre sur pied un conseil interprofessionnel, amener l'équipe à s'engager à améliorer la communication interprofessionnelle et utiliser des outils de documentation



interprofessionnels. Une stratégie du même genre, l'étude CARD (Cardiac Arrest with Roles Defined), vise à améliorer la sécurité des patients dans les salles d'opération. La station CJOH, qui est affiliée au réseau CTV à Ottawa, a dressé un profil de l'initiative en septembre 2011.

Plus de 5 000 infirmières et autres professionnels de la santé prennent part à la mise en œuvre. L'initiative devrait apporter des améliorations sur les plans de l'habilitation, de la satisfaction au travail, du recrutement et du maintien en poste. Les résultats auront des effets sur la pratique clinique, la recherche, l'éducation et l'administration.

Un rapport préliminaire sur les résultats sera prêt à la fin d'avril 2013. Une analyse complète des données commencera lorsque la collecte des données T2 sera terminée, à la fin du mois d'avril.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le MSIP© était entièrement élaboré et mis en place à l'HO et il semblait être le premier en son genre. Par contre, les principes directeurs de ce programme et les processus de mise en œuvre et d'évaluation sont suffisamment souples pour être utilisés dans différents milieux de soins de santé, pour des populations de patients variées et par des équipes interprofessionnelles de toutes sortes. Le MSIP© a été mis en place dans 96 équipes différentes à L'Hôpital d'Ottawa.

Proposé à plus de 5 000 infirmières et autres professionnels de la santé au sein de l'organisation, le programme éducatif a déjà été adapté et offert dans cinq centres universitaires des sciences de la santé du RLISS de Champlain. De plus, des partenaires externes qui procèdent actuellement à la mise en œuvre du Modèle de pratique infirmière clinique de L'Hôpital d'Ottawa se sont également montrés intéressés à mettre sur pied le MSIP© de L'HO.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Ginette Rodger

Titre : Première vice-présidente de la Pratique professionnelle et chef de direction des Soins infirmiers

Organisme : L'Hôpital d'Ottawa

Courriel : [grodger@ottawahospital.on.ca](mailto:grodger@ottawahospital.on.ca)

Téléphone : 613-737-8749

Dernière mise à jour : Le 5 avril 2013

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

##### **Autre :**

Rodger, G. (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.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare>



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

# A Continuum of Care from Hospital to Home for Clients Requiring Long-Term Ventilation (Un continuum de soins de l'hôpital à la maison pour les patients qui ont besoin d'une assistance ventilatoire prolongée)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à montrer que l'ajout de thérapeutes respiratoires dans l'équipe de soins de santé communautaires permettrait à de nombreux clients sous assistance ventilatoire prolongée de retourner en toute sécurité à la maison et d'y rester.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les clients qui ont besoin d'une assistance ventilatoire prolongée, mais qui sont par ailleurs stables sur le plan médical, demeurent souvent dans une unité de soins intensifs à cause d'un manque de soutien dans la collectivité. Dans le but de combler cette lacune décelée dans les soins, l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO) a demandé et reçu une subvention du *Fonds pour l'utilisation optimale des compétences des professionnels de la santé de ProfessionsSantéOntario*. Le projet s'est déroulé du mois d'octobre 2008 au mois de mars 2010.

Cet objectif clé devait être atteint à l'intérieur d'un cadre axé sur une pratique clinique exemplaire, une collaboration interprofessionnelle et des soins centrés sur le patient. Un critère a été établi afin de déterminer lesquels des clients qui avaient besoin d'une assistance ventilatoire prolongée pouvaient réintégrer la collectivité en toute sécurité. Cette question était à la base des outils qui ont été conçus pour aider les thérapeutes respiratoires travaillant dans les unités de soins intensifs à déterminer rapidement les patients qui avaient la capacité et la volonté de retourner chez eux. Ces thérapeutes respiratoires en milieu hospitalier facilitaient ensuite l'éducation et le congé en collaboration avec le client, sa famille et le reste de l'équipe de soins de santé. Les thérapeutes respiratoires qui travaillaient déjà dans la collectivité aidaient à la coordination de cette transition afin de permettre une continuité de soins homogène. Lorsque le client était de retour chez lui, les thérapeutes respiratoires affectés aux soins à domicile obtenaient les ressources nécessaires pour donner une formation continue et assurer un soutien direct 24 heures sur 24, sept jours sur sept, au patient ainsi qu'à tous les autres fournisseurs de soins.

## RÉPERCUSSIONS :

Un rapport final détaillé décrivant les activités et les résultats du projet a été présenté à ProfessionsSantéOntario ([http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO\\_Final\\_Report.pdf](http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO_Final_Report.pdf)). Le sommaire du rapport final ([http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO\\_Executive\\_Summary.pdf](http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO_Executive_Summary.pdf)) contient des détails sur les principaux résultats du projet, notamment :

1. une meilleure qualité de vie (pour les patients);
2. une plus grande satisfaction au travail (pour les fournisseurs de soins de santé);
3. des économies de coûts estimatives (pour le système de soins de santé).

La réalisation la plus importante du projet a été la transition de 30 clients, âgés d'un an à 77 ans, qui ont besoin d'une assistance ventilatoire prolongée directement de l'unité de soins intensifs dans la collectivité. Ces personnes, qui habitent dans le Centre et le Sud-Ouest de l'Ontario, ont reçu des diagnostics et des pronostics cliniques variés. Depuis la fin du projet en



mars 2010, tous ces patients ont pu demeurer à la maison grâce au soutien continu de thérapeutes respiratoires communautaires.

Cette option de soins a amélioré de manière quantifiable la qualité de vie des patients, en partie en diminuant l'incidence des réadmissions à l'hôpital inutiles. Cette initiative a également permis au système de soins de santé de réaliser des économies financières importantes (environ 500 000 \$ par patient par année) en optimisant les coûts de l'infrastructure.

Un autre résultat de ce projet a été la conception d'un manuel de ressources exhaustif intitulé *A Training Manual for Paediatrics & Adults (Healthcare Professionals and Caregivers)*, qui s'adresse aux professionnels de la santé et aux personnes soignantes qui apportent un soutien aux clients adultes et pédiatriques qui ont besoin d'une assistance ventilatoire prolongée dans la collectivité. Accessible à l'adresse [http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO\\_Training\\_Manual.pdf](http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO_Training_Manual.pdf), le manuel renferme des outils afin de faciliter la planification du congé de l'unité de soins intensifs et d'assurer des soins sûrs et efficaces aux clients à la maison.

Le manuel de formation a été bien accueilli et l'OTRO a reçu des demandes pour qu'il soit partagé de la part d'un vaste éventail de professionnels de la santé en milieu hospitalier et communautaire.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Les modifications récentes au Règlement de l'Ontario 386/99 *Fourniture de services communautaires* en application de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* permet aux centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario de retenir les services de thérapeutes respiratoires dans la collectivité pour les personnes qui ont besoin d'une assistance ventilatoire prolongée. Les résultats du projet aideront à définir le modèle optimal de prestation de services respiratoires communautaires pour cette population en fournissant des renseignements corroborés qui déterminent la pratique exemplaire ainsi que les stratégies de gestion du risque et de sécurité. À la fin de ce projet, un calendrier des services dans les centres d'accès aux soins communautaires a été établi pour la thérapie respiratoire, qui décrit la gamme de services que les thérapeutes respiratoires peuvent offrir dans la collectivité.

Bien qu'il existe plusieurs modèles de soins pour cette population de patients aux besoins particuliers dans d'autres provinces et territoires du Canada, le modèle de l'OTRO est passablement unique dans le sens où il fait appel à des thérapeutes respiratoires qui travaillent déjà dans la collectivité. En permettant à ces praticiens d'œuvrer dans toute l'étendue de leur champ d'exercice, les services aux personnes qui ont besoin de soins respiratoires complexes peuvent être offerts dans la collectivité de façon sûre, efficace et rentable.

Ce modèle de prestation des soins peut être mis en application dans d'autres administrations qui aimeraient procéder à la transition des services ventilatoires prolongés aux patients admissibles dans la collectivité. Ce modèle de soins peut être facilement adapté et reproduit dans des modèles de financement et des conceptions de systèmes de dotation variés.

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

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

[http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO\\_Final\\_Report.pdf](http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO_Final_Report.pdf)).

[http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO\\_Executive\\_Summary.pdf](http://www.crto.on.ca/pdf/ProfPractice/HFO_Executive_Summary.pdf)

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Carole Hamp

Titre : Directrice de l'assurance de la qualité et Relations avec les membres

Organisme : Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

Courriel : [hamp@crto.on.ca](mailto:hamp@crto.on.ca)

Téléphone : 416-591-7800, poste 33





**External Source:** <http://www.crto.on.ca/hfo.aspx>



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

# Les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien : La réforme des soins de santé passe par des équipes interprofessionnelles

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice s'attaque au manque de services de soins de santé communautaires à l'aide d'une clinique dirigée par du personnel infirmier praticien.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le concept de la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien (DPIP) a été créé par un groupe d'infirmières praticiennes qui travaillaient à Sudbury, en Ontario. Elles ont constaté que les services de soins de santé étaient insuffisants dans leur collectivité et qu'il y avait une occasion de créer un nouveau modèle interprofessionnel novateur de soins de santé primaires. À l'aide d'un lobbying énergique et du soutien de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, elles ont ouvert leurs portes en 2007.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé l'ajout de 25 autres cliniques en s'appuyant sur le succès de l'établissement de Sudbury et sur le manque persistant de services de soins de santé primaires pour les populations mal desservies de l'Ontario. Les cliniques DPIP, qui s'inscrivent dans la stratégie de soins de santé familiale du gouvernement, ont été mises sur pied dans le but d'accroître l'accès aux soins de santé primaires pour les patients qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé primaire habituel. Ces cliniques sont fondées sur un modèle de soins infirmiers qui considère le patient comme un partenaire dans le processus de soins et qui met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ce modèle a également permis à la population, aux intervenants et aux médias de mieux connaître le rôle des infirmières et des infirmiers praticiens.

La clinique DPIP est un nouveau modèle de prestation des soins de santé primaires dans lequel les infirmières et les infirmiers praticiens constituent les fournisseurs de soins de santé primaires. Cette approche de la pratique collaborative comprend des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des travailleurs sociaux, des diététistes, des pharmaciens, des médecins de famille collaborateurs ainsi qu'un personnel de soutien administratif. Selon ce modèle de soins novateur, les infirmières praticiennes offrent des services de soins de santé complets, accessibles et coordonnés aux populations de l'Ontario qui n'ont pas accès à un fournisseur de soins de santé primaires, c'est-à-dire les personnes sans médecin attitré. Les cliniques DPIP améliorent la qualité des soins en bonifiant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques. Elles améliorent également la coordination des soins et la navigation dans le système de soins de santé à l'échelle locale.

Un conseil d'administration à but non lucratif assume l'ensemble des responsabilités et de la reddition des comptes pour la clinique à l'égard du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de la collectivité. Le conseil d'administration est composé d'un assortiment d'infirmières praticiennes, d'autres professionnels de la santé et de membres de la collectivité. Le financement des cliniques est assuré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens qui œuvrent dans ces cliniques reçoivent un salaire; ils ne sont pas rémunérés à l'acte.

## RÉPERCUSSIONS :

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée procède à la mise au point des critères qui doivent servir à évaluer officiellement les cliniques DPIP. Entre-temps, plusieurs cliniques ont commencé à recueillir des données sur place. Les domaines de mesure comprennent, mais sans s'y limiter, la satisfaction des patients, le taux de maladies chroniques dans la population desservie, le nombre d'évaluations réalisées pour le dépistage du cancer, la quantité de vaccins administrés ainsi que le nombre de clients servis par au moins un membre de l'équipe.



Parmi les exemples des résultats obtenus, la clinique DPIP de Georgina, qui est en activité depuis le mois de juillet 2011, a suscité une réponse exceptionnellement positive de la part des clients inscrits. Un sondage mené sur la satisfaction des patients a montré que 97 % des clients étaient satisfaits des soins prodigués à la clinique. De plus, les inscriptions à la clinique, qui ne cessent d'augmenter, représentent 78 % de la cible initialement fixée. Un deuxième sondage sur la satisfaction est maintenant en cours afin de fournir des mesures comparatives.

À cette étape-ci, le ministère n'a pas fourni d'autres plans pour une évaluation officielle, mis à part le recensement du nombre de patients soignés et de la quantité de visites en guise de références. Cependant, un groupe de travail provincial s'emploie à concevoir un outil de mesure global pour les soins de santé primaires que les cliniques DPIP ont l'intention de d'utiliser lorsqu'il sera disponible.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Le gouvernement de l'Ontario est déterminé à mettre sur pied 26 cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien d'ici le printemps 2012. La première clinique de ce genre a vu le jour à Sudbury en 2007. Le gouvernement a alors annoncé trois autres cliniques pour Belle River, Sault. Ste. Marie et Thunder Bay. Huit cliniques supplémentaires ont été annoncées à l'automne 2009 et 14 cliniques de plus en août 2010. Toutes les cliniques devraient être entièrement fonctionnelles avant la fin de 2012 et des cliniques DPIP sont à des étapes différentes de développement dans 24 collectivités ontariennes.

Les membres du personnel infirmier praticien en soins de santé primaires de l'ensemble du pays sont éduqués et formés pour prodiguer des soins de santé complets, globaux, sûrs et efficaces. Grâce à cette approche novatrice axée sur une équipe interprofessionnelle, les provinces peuvent apprendre des réussites de l'Ontario et élargir la prestation de leurs soins aux populations qui seraient mal desservies sans cette solution. Par exemple, l'Alberta a lancé une demande de propositions aux centres de médecine familiale non dirigés par des médecins et a communiqué avec l'association des infirmières et infirmiers praticiens de la province afin qu'ils contribuent à leurs établissements qui s'inspirent du modèle des cliniques DPIP.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Beth Cowper-Fung  
Titre : Directrice de la clinique DPIP de Georgina et présidente de l'AIPO  
Organisme : Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario  
Courriel : [beth.cowperfung@gnplc.ca](mailto:beth.cowperfung@gnplc.ca)  
Téléphone : 905-722-3251  
Dernière mise à jour : Le 17 avril 2013

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

##### **Autres :**

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

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (s.d.). *Public information: Nurse practitioner-led clinics.*  
[http://www.health.gov.on.ca/transformation/np\\_clinics/np\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/transformation/np_clinics/np_mn.html)

**External Source:** <http://npao.org/nurse-practitioners/clinics/>



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

# La Garantie d'emploi pour les diplômés en soins infirmiers de l'Ontario : une politique d'emploi novatrice en Ontario

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Ce programme novateur vise à accroître les emplois à temps plein ainsi que l'intégration des nouveaux diplômés en soins infirmiers dans la population active au sein de différents secteurs de soins de santé.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Lancée en 2007, la Garantie d'emploi pour les diplômés en soins infirmiers s'inscrit dans la Stratégie pour les soins infirmiers de l'Ontario. Il s'agit d'une initiative du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui vise à assurer un emploi à temps plein aux nouveaux diplômés en soins infirmiers, y compris au personnel infirmier autorisé et au personnel infirmier auxiliaire autorisé. Chaque année, le gouvernement investit 90 millions de dollars pour les nouveaux diplômés en soins infirmiers par le truchement de la Garantie d'emploi pour les diplômés en soins infirmiers.

Conscient que les infirmières et les infirmiers constituent les principaux fournisseurs de soins aux points de service, le gouvernement de l'Ontario a injecté des fonds pour stimuler l'emploi afin de renforcer les capacités dans le système de soins de santé. La Garantie vise à offrir un emploi à temps plein ainsi qu'un encadrement aux nouveaux diplômés pendant leur transition vers l'exercice de leur profession. Les principaux objectifs du programme consistent à :

- 1) multiplier les emplois à temps plein pour les nouveaux diplômés en soins infirmiers dans tous les secteurs des soins de santé;
- 2) améliorer l'intégration des nouveaux diplômés en soins infirmiers dans la population active;
- 3) favoriser le recrutement et le maintien en poste des nouveaux diplômés en soins infirmiers en Ontario.

La Garantie fait appel au Portail du personnel infirmier en début de carrière de ProfessionsSantéOntario pour mettre les nouveaux diplômés en relation avec les employeurs. Lorsqu'un employeur embauche un nouveau diplômé en passant par le Portail, le poste est subventionné par le gouvernement pendant une période de trois à six mois. Selon la politique, le nouveau diplômé en soins infirmiers est supervisé directement par un mentor et n'est pas considéré comme un membre du personnel de base.

## RÉPERCUSSIONS :

La Garantie est évaluée chaque année afin de déterminer son efficacité à intégrer les nouveaux diplômés en soins infirmiers à la main-d'œuvre infirmière. La collecte de données se fait à l'aide d'une combinaison de méthodes. Les méthodes quantitatives se traduisent par des sondages en ligne auprès des employeurs et des nouveaux diplômés en soins infirmiers, tandis que les méthodes qualitatives prennent la forme de groupes de discussion avec les employeurs et d'entrevues individuelles avec les nouveaux diplômés et les mentors qui sont issus du personnel infirmier de première ligne.

Les résultats de l'évaluation de la Garantie donnent à entendre que le programme a permis d'atteindre les principaux objectifs énoncés par le gouvernement. Pour les années 2007-2008 à 2011-2012, plus de 200 employeurs du domaine des soins de santé et 12 146 nouveaux diplômés en soins infirmiers ont pris part à la Garantie (Baumann et coll., 2012). Parmi les postes visés par la Garantie, 85 % étaient dans le secteur hospitalier, 9 % se trouvaient dans les soins de longue durée et 6 % se situaient dans le secteur communautaire. Les données longitudinales sur les tendances de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) indiquent que les emplois à temps plein des nouveaux membres (personnel infirmier autorisé et personnel infirmier auxiliaire autorisé) se sont multipliés depuis le lancement de la Garantie. De 2006 (avant la politique) à 2012, les



emplois à temps plein ont augmenté de 14 % pour les nouveaux membres du personnel infirmier autorisé (47 % à 61 %) et du personnel infirmier auxiliaire autorisé (21 % à 35 %) (Baumann et coll., 2012).

Les intervenants étaient d'avis que le volet élargi axé sur l'orientation et l'accompagnement de la Garantie avait joué un rôle-clé dans la transition des nouveaux diplômés en soins infirmiers vers la population active. Le volet élargi leur a donné le temps et le soutien nécessaires pour se sentir à l'aise et prendre de l'assurance dans le milieu de travail. Il a permis d'accroître les compétences cliniques liées à la prise de décisions et à la gestion du temps et d'aider les nouveaux diplômés à répondre aux exigences relatives aux pratiques cliniques et à s'intégrer à l'organisation. En plus d'apporter un soutien vital, le programme a aidé les nouveaux diplômés en soins infirmiers à passer du statut d'étudiant à celui d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

La Garantie d'emploi pour les diplômés en soins infirmiers est une solution novatrice destinée à améliorer la qualité des soins prodigués par le personnel infirmier le long du continuum de services. Les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada peuvent théoriquement mettre sur pied une initiative similaire afin de faciliter la transition des nouveaux diplômés en soins infirmiers vers l'exercice de leur profession et d'être en mesure de promouvoir la prestation de soins intégrés.

Si l'adaptation de cette pratique semble intéressante, il convient de noter que la diversité des moyens pris par les employeurs pour accompagner les nouveaux diplômés d'un secteur à l'autre a occasionné quelques difficultés. Les organismes communautaires et de santé publique ont également eu du mal à proposer un modèle de mentorat individualisé pour leurs nouveaux diplômés compte tenu de la nature indépendante du travail.

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

Baumann, A., Hunsberger, M., Crea-Arsenio, M. et Idriss-Wheeler, D. (2012). *Health Human Resources Series Number 35. Employment integration of nursing graduates: Evaluation of a provincial policy strategy Nursing Graduate Guarantee 2011–2012*. Hamilton, Ontario: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University. Accessible à : <http://nhsru.com/publications/series-report-35-employment-integration-of...>

Baumann, A. Hunsberger, M et Crea-Arsenio, M (2012). Impact of Public Policy on Nursing Employment: Providing the Evidence. *Canadian Public Policy*, 38(2), 167-79.

Baumann, A. Hunsberger, M et Crea-Arsenio, M (2012). Full-Time Work for Nurses: Employers' Perspectives *Journal of Nursing Management*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01391.x

Baumann, A., Hunsberger, M. et Crea-Arsenio, M. (2011). Workforce Integration of New Graduate Nurses: Evaluation of a Health Human Resource Employment Policy. *Healthcare Policy*, 7(2), 47-59.

Hunsberger, M. Baumann, A. et Crea-Arsenio, M. (sous presse). The road to providing quality care: Orientation and mentorship for new graduate nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*.

[http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training\\_%7C Practising In Ontario/Nursing Strategy/Nursing Graduate Guarantee/Program Overview](http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training_%7C%20Practising%20In%20Ontario/Nursing%20Strategy/Nursing%20Graduate%20Guarantee/Program%20Overview)

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Andrea Baumann, inf. aut., Ph. D.

Titre : Directrice scientifique

Organisme : Nursing Health Services Research Unit, McMaster University

Courriel : [baumanna@mcmaster.ca](mailto:baumanna@mcmaster.ca)

Téléphone : 905-525-9140, poste 22581

Dernière mise à jour : Le 22 avril 2013

#### **External Source:**

[http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training\\_%7C Practising In Ontario/Nursing Strategy/Nursing Graduate Guarantee](http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Nurses/Training_%7C%20Practising%20In%20Ontario/Nursing%20Strategy/Nursing%20Graduate%20Guarantee)



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

# Bereavement Information and Support Program, Multimedia Resource Manual (programme d'information et de soutien pour les personnes en deuil, manuel de ressources multimédias)

LOCATION:	Terre-Neuve-et-Labrador	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice procure aux personnes et aux groupes les connaissances et les outils nécessaires afin de créer des programmes de soutien pour les personnes en deuil dans leurs propres collectivités.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Bereavement Information and Support Program donne de l'information et du soutien aux adultes qui pleurent la mort d'un être cher. Le programme prévoit des ressources multimédias afin de renforcer les capacités de soutien pour les personnes en deuil dans les collectivités, y compris ce qui suit :

1. Un manuel de 190 pages donne des renseignements, des outils et des ressources afin d'aider les organismes communautaires, comme les organismes de services de santé, les groupes communautaires et les groupes confessionnels, à planifier et à organiser un groupe d'information et de soutien pour les personnes en deuil. Le manuel contient de l'information sur le choix des animateurs, l'aménagement d'un local adéquat, la publicité et la sélection des participants ainsi que des conseils pour les animateurs.
2. Des notes sont fournies pour huit séances orientées sur des sujets qui renseignent les participants sur le deuil et qui les aident à composer avec leur chagrin. Ces notes comprennent un calendrier, un aide-mémoire pour la préparation ainsi que du matériel pour toutes les étapes de la séance, y compris des suggestions pour lancer des discussions, des documents à distribuer pour les discussions, une formation axée sur les compétences et des feuilles d'activité. Une vidéo de 30 minutes présentée par un expert en la matière accompagne chaque séance. Elle est offerte gratuitement sur DVD.
3. Six séances de formation sont offertes sur DVD pour les animateurs éventuels.
4. Un matériel d'évaluation destiné à aider les animateurs et les parrains à déterminer l'efficacité du groupe est également inclus.

## RÉPERCUSSIONS :

Les commentaires sur le programme ont été très positifs.

- Les animateurs ont bien aimé les instructions détaillées et claires pour former et maintenir les groupes.
- Les évaluations des participants, à l'aide d'un sondage « avant et après », laissent entrevoir des résultats positifs.
- Les professionnels aiment avoir des ressources sur le deuil à leur disposition ainsi qu'un mécanisme pour distinguer les personnes qui ont besoin d'un accompagnement individuel pour un deuil compliqué de celles qui ont besoin d'un soutien pour une peine profonde.
- Les animateurs et les organismes qui ont offert le programme plusieurs fois découvrent un intérêt grandissant de la part des clients et des gens qui tentent de soutenir des personnes endeuillées.



À ce stade-ci, le programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle.

**APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Ce programme a été conçu pour être utilisé dans des milieux urbains et ruraux de la Régie de santé de l'Est à Terre-Neuve. Il est maintenant offert dans les quatre autorités régionales de la santé à Terre-Neuve-et-Labrador. La conception et la mise à l'essai, qui ont eu lieu à plusieurs endroits, ont obtenu des commentaires et des résultats similaires dans tous les emplacements. Le programme peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Rick Singleton  
Titre : Directeur régional du service de pastorale et de l'éthique  
Organisme : Eastern Health  
Téléphone : 709-777-8940  
Courriel : [rick.singleton@easternhealth.ca](mailto:rick.singleton@easternhealth.ca)

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

**Autre :**

- Bereavement Information and Support Program. (2013). *Présentation externe au Portail de l'innovation en santé.*

**External Source:** <http://www.easterhealth.ca>



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module transformation

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, soutien de base et transformation.

Le MODULE transformation est une expérience de perfectionnement du leadership complète d'une durée de 10 mois axée sur des projets qui a été conçue spécialement pour les dirigeants de niveau supérieur du domaine des soins de santé. Le programme est centré sur le thème de la complexité des soins de santé qui nécessite des niveaux de compétences nouveaux et supérieurs, un comportement directorial, de l'innovation, une connaissance des systèmes et une pratique orientée sur la collaboration afin d'assurer la réussite des cadres supérieurs dans le domaine des soins de santé en Colombie-Britannique. Le MODULE transformation vise à accélérer l'afflux de cadres supérieurs qui sont prêts à mener l'innovation et le changement dans les soins de santé de plus en plus complexes en Colombie-Britannique et à créer une communauté de dirigeants chevronnés qui sont solidaires et déterminés à changer les choses et qui collaborent afin de transformer le système de soins de santé. Ces dirigeants, qui apprennent ensemble, participent à une formation conçue pour les aider à penser différemment et à former des réseaux et des partenariats au-delà des frontières traditionnelles. Le programme comprend : trois stages, une communauté en ligne, des équipes vouées à un projet d'apprentissage par l'action entre plusieurs disciplines et régies de la santé, un mentorat destiné aux cadres ainsi que des évaluations à 360 degrés. Le programme a été financé à l'aide d'une subvention de la BC Health Education Foundation et par chaque régie de la santé.

## RÉPERCUSSIONS :

Les comptes rendus personnels des dirigeants qui ont suivi le premier stage et la rétroaction de la Guiding Coalition donnent déjà à entendre qu'un certain nombre de changements visés par le programme se sont opérés et que des réseaux ont été créés entre les régies de la santé. L'évaluation du programme se poursuivra tout au long de l'initiative et un rapport complet sera publié en janvier 2014. Il est trop tôt pour déterminer l'incidence du programme puisque le premier stage a pris fin en février 2013, mais les données d'évaluation indiquent que des changements se sont produits dans la façon de penser, ce qui est un premier pas vers la transformation des soins de santé.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Comme toutes les régies de la santé participent à ce programme, la seule reproduction anticipée devrait se faire au début de la prochaine cohorte dans 18 ou 24 mois.

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

Présentation externe du BCHLDC.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Rachael Roberts





Titre : Responsable  
Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)  
Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)  
Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, pratique axée sur la collaboration

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients.

BCHLDC vise à attirer et à retenir les meilleurs dirigeants en réponse à une grave pénurie de dirigeants dans le domaine des soins de santé et aux exigences changeantes du rôle des dirigeants. Afin de résoudre ces problèmes, sept régies de la santé en Colombie-Britannique ont formé un collectif chargé de se concentrer sur le perfectionnement du leadership. La vision consiste, en partie, à encourager les dirigeants ainsi que les pratiques liées au leadership, à améliorer l'accès aux possibilités de perfectionnement du leadership et à attirer et retenir les meilleurs dirigeants. La collaboration a été financée jusqu'à la fin septembre 2013, à l'aide d'une subvention du BCHEF et des CNO, et jusqu'à la fin mars 2015, à l'aide d'une contribution de toutes les régies de la santé.

La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques déjà instaurées dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

## RÉPERCUSSIONS :

Des représentants du ministère de la Santé ont fait remarquer que le BCHLDC est le collectif qui a le plus de succès en Colombie-Britannique et que la plupart des projets tombent à l'eau dès les premières étapes. Les comptes rendus personnels de toutes les parties concernées témoignent de sa réussite, sans parler de la preuve tangible de l'existence des programmes. Le BCHLDC envisage de procéder à évaluation officielle de ses objectifs au cours des prochains mois.

Le programme a une incidence sur le rendement du système, car la capacité de celui-ci à perfectionner ses dirigeants a augmenté considérablement grâce à cette collaboration. Depuis 2010, les améliorations suivantes se sont opérées : un programme de mentorat auparavant institué dans une régie de la santé est utilisé par cinq régies actuellement et il sera employé par sept régies d'ici le printemps; un programme pour les dirigeants d'expérience mis sur pied dans deux régies de la santé est maintenant reproduit dans les sept régies; un programme d'approche pour les accompagnateurs qui était repris dans seulement deux régies de la santé est maintenant adopté dans les sept; la nouvelle formation pour les gestionnaires offerte dans l'ensemble de la province a été intégrée dans un programme complet, ce qui a pour effet d'améliorer tous les programmes; un programme destiné aux dirigeants chevronnés est maintenant proposé. Des prix réduits ont été négociés, les adhésions partagées permettent de réaliser d'autres économies et personne n'est tenu de réinventer la roue.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de collaboration du Comité directeur du BCHLDC a été reproduit dans le groupe de travail qui a été créé par celui-ci en se fondant sur les mêmes principes afin de créer des volets de programmes individuels. À l'échelle nationale, une collectivité LEADS est en train de se former selon une structure similaire à celle du BCHLDC. La collectivité a fait appel au leadership et à l'encadrement du BCHLDC afin de l'aider à démarrer. Il est encore tôt pour déterminer si une véritable collaboration sera cultivée.



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

Présentation externe du BCHLDC.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Rachael Roberts

Titre : Responsable

Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module mentorat

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

Le MODULE mentorat, qui propose des occasions d'encadrement souples et individualisées, y compris des relations d'accompagnement à long terme et des engagements à court terme afin de discuter de situations ou de sujets particuliers, est offert aux « gens qui dirigent des gens ». À l'aide d'un logiciel à la fine pointe de la technologie, les dirigeants créent leur propre jumelage de mentorat en fonction des compétences, des objectifs, des intérêts et de la personnalité et peuvent être associés avec des chefs de file des quatre coins de la province. Le MODULE mentorat est offert gratuitement aux participants admissibles et il n'y a pas de travaux ou d'engagements en dehors du contrat conçu par le mentor ou le protégé.

Selon le fournisseur choisi pour soutenir le programme, le MODULE mentorat est le seul programme d'encadrement interorganisations qui existe en Amérique du Nord. D'ici l'automne 2013, toutes les régies de la santé participeront au programme. Le programme, qui a été financé jusqu'à la fin mars 2013 à l'aide d'une subvention de la BC Health Education, sera adopté par les régies de la santé dès le présent exercice.

## RÉPERCUSSIONS :

Le programme MODULE mentorat a été évalué à deux reprises : une fois à l'étape de la mise à l'essai et une fois après la mise en œuvre de la phase I. L'évaluation a pris la forme d'un sondage en ligne auprès des participants les deux fois. La deuxième évaluation révisée établissait des liens entre les questions et les analyses de données subséquentes et les résultats à court terme du modèle logique préparé pour le projet général (BC Health Leadership Development Collaborative). Les données sont disponibles sur demande. Les données donnent des mesures qualitatives (témoignages sur le programme) et quantitatives.

Les résultats des deux évaluations ont révélé une incidence positive sur le rendement du système de soins de santé. Les résultats précis de la deuxième évaluation, pour les personnes jumelées avec un mentor ou un protégé, sont indiqués ci-dessous :

- (1) Le programme est utile et essentiel pour la réussite personnelle et organisationnelle et il doit continuer.
- (2) Soixante-huit pour cent des participants ont attribué des résultats précis liés directement à leur participation au programme, en affirmant, la plupart du temps, qu'il leur a permis d'acquérir des connaissances ou des compétences particulières.
- (3) Soixante-quatorze pour cent des participants ont indiqué qu'ils demeureraient dans les organismes qui offrent ce genre de programme de perfectionnement.

Un résultat qualitatif qui vaut la peine d'être noté : « J'étais sur le point de quitter ma régie de la santé, mais j'ai trouvé un



mentor qui m'a guidé et je suis resté. » Ce programme a probablement permis d'économiser des milliers de dollars en frais de roulement.

#### **APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

Initialement mis sur pied par l'Interior Health Authority, ce programme a maintenant été adopté par la Northern Health Authority, la Fraser Health Authority, la Vancouver Island Health Authority et la Provincial Health Services Authority. D'ici l'automne 2013, la Vancouver Coastal Health et le réseau Providence Health Care auront accueilli le programme, ce qui signifie que toutes les régions de la santé contribueront au MODULE mentorat et en bénéficieront.

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

Présentation externe du BCHLDC.

#### **PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Rachael Roberts

Titre : Responsable

Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module de base

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

Le MODULE de base est un programme de perfectionnement du leadership et de la gestion complet qui a été conçu pour accompagner les gestionnaires au cours des 18 premiers mois de leur premier rôle de gestion officiel. Compte tenu des nombreux départs à la retraite projetés à l'intérieur du système, il faut s'assurer que les nouveaux dirigeants soient bien préparés en plus d'accélérer et d'approfondir leur croissance. Le programme s'adresse à tous les nouveaux gestionnaires, peu importe leur profession. En participant au MODULE de base, les dirigeants peuvent acquérir des aptitudes de leadership essentielles afin d'accroître leur confiance et de jeter des fondements solides pour leur avenir en tant que dirigeant dans le domaine des soins de santé. Le MODULE de base, qui fait appel à différentes méthodes d'apprentissage actif, comprend des cours de perfectionnement du leadership et de la gestion ainsi qu'un accompagnement, des matières facultatives, des séances sur des sujets brûlants et des contrôles auprès des gestionnaires.

Le MODULE de base, qui vient d'être soumis à un essai pilote, devrait être mis en place dans toutes les régies de la santé d'ici la fin de l'exercice 2013-2014. Le perfectionnement est financé jusqu'à la fin septembre 2013 à l'aide d'une subvention du BCHEF et des CNO. La prestation continue sera financée par les régies de la santé.

## RÉPERCUSSIONS :

L'évaluation du programme pilote Module de base comportait les étapes suivantes : 1) suivre quatre participants tout au long du programme afin d'analyser le changement de comportement à l'aide d'entrevues avec un intervieweur externe 2) procéder à une évaluation à la fin du module 3) effectuer une évaluation du gestionnaire à mi-parcours et 4) effectuer des vérifications du contenu à l'intérieur du module. Des évaluations de suivi sont également prévues avec les participants et les gestionnaires après trois mois et six mois.

Les évaluations des gestionnaires à mi-parcours ont donné à entendre que les nouveaux gestionnaires avaient davantage une vision systémique, qu'ils étaient moins portés sur la microgestion, qu'ils avaient plus d'interactions avec le personnel, qu'ils jouissaient d'une plus grande clarté et que les stratégies étaient plus claires. Les participants ont indiqué qu'ils se sentaient davantage responsables, qu'ils avaient une plus grande confiance en eux, que leurs relations étaient meilleures, que l'efficacité de l'équipe s'était améliorée et que le stress avait diminué. En outre, comme toutes les régies de la santé ont partagé le contenu de leurs principales pratiques ouvertement, aucune d'entre elles n'a dû assumer des frais pour accroître ou améliorer leurs offres de perfectionnement du leadership à ce public de gestionnaires important.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce programme a été mis à l'essai dans une régie de la santé et toutes les autres songent à le mettre en place au cours de l'exercice 2013-2014. Théoriquement, les résultats peuvent donc être reproduits dans toutes les régies de la santé.



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

Présentation externe du BCHLDC.

**PERSONNE-RESSOURCE**

Nom : Rachael Roberts

Titre : Responsable

Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# Collectif de perfectionnement du leadership dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique, module accompagnement

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le BCHLDC est une collaboration à l'échelle de la province entre toutes les régies de la santé qui est dictée par une entente qui favorise des équipes dynamiques et innovantes. Le BCHLDC soutient, perfectionne, mobilise et défend les dirigeants qui ont l'objectif ultime de donner des résultats exceptionnels pour les patients. La collaboration, qui s'appuie sur les principales pratiques qui sont déjà en place dans la province, permet de créer des trousseaux d'outils et des possibilités de perfectionnement professionnel. Grâce à cette collaboration, le BCHLDC a conçu le MODULE leadership, un parcours provincial de perfectionnement du leadership, avec cinq domaines clés : accompagnement, mentorat, nouveau gestionnaire, dirigeant d'expérience et dirigeant chevronné.

Le MODULE service d'accompagnement individuel vise à aider les dirigeants chevronnés (directeurs et échelons supérieurs) à l'intérieur de chaque régie de la santé à améliorer leurs capacités de leadership en se concentrant sur des sujets comme gérer des problèmes difficiles en milieu de travail, tirer des leçons de la rétroaction ou mettre sur pied une nouvelle initiative. Le service d'accompagnement individuel est centré sur le client qu'il vise à soutenir au fil du temps. Le service d'accompagnement individuel comporte une liste provinciale coordonnée de façon centrale de guides de grande qualité qui sont à la disposition des dirigeants chevronnés dans les organismes de santé de la Colombie-Britannique. Chaque contrat d'accompagnement, qui est adapté aux besoins du gestionnaire accompagné, indique les objectifs précis, le temps consacré aux séances d'accompagnement et les échéanciers. Le BCHLDC a créé ce programme à l'aide d'une collaboration évoluée.

## RÉPERCUSSIONS :

Les comptes rendus des personnes qui gèrent les services d'accompagnement font état des avantages de la liste provinciale, du prix commun et de la grande qualité des accompagnateurs. Une évaluation du programme est prévue en 2013.

Le programme a eu une incidence sur le rendement du système en raison des gains d'efficacité réalisés en demandant à l'accompagnateur de signer un seul contrat plutôt que d'exiger que chaque régie de la santé gère son propre contrat. De plus, les coûts devraient diminuer en partie pour ceux et celles qui ont recours aux services d'accompagnement individuels externes grâce au prix commun. Enfin, la liste aide les dirigeants à trouver un accompagnateur externe plus efficacement.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce service a été reproduit dans toutes les régies de la santé de la Colombie-Britannique ainsi que dans le réseau Providence Health Care.

Toutes les régies de la santé déclarent bénéficier des mêmes résultats positifs.

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

Présentation externe du BCHLDC.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Rachael Roberts  
Titre : Responsable





Organisme : BC Health Leadership Development Collaborative (BCHLDC)

Courriel : [rachael.roberts@phsa.ca](mailto:rachael.roberts@phsa.ca)

Téléphone : 604-875-7234

Dernière mise à jour : Avril 2013



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

# InspireNet : des services et une pratique de soins infirmiers novateurs éclairés par un réseau de recherche et d'évaluation

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

InspireNet est un réseau dynamique et interactif de particuliers et d'organismes qui travaillent en collaboration afin de faire avancer et de mettre à profit la recherche et les connaissances dans le but d'améliorer les services de soins infirmiers en Colombie-Britannique. InspireNet réunit principalement des gens qui proviennent de toutes sortes d'endroits, d'établissements et de disciplines en misant sur le Web 2.0, les conférences sur le Web et les médias sociaux émergents.

Par le truchement d'un réseautage à l'échelle de la province, d'activités de soutien dirigées et de liens entre les services de santé et les établissements universitaires, InspireNet vise à :

- accroître les capacités pour la recherche sur les services de soins infirmiers;
- instaurer une approche coordonnée pour la planification de la recherche et l'établissement des priorités à l'égard des services de soins infirmiers;
- former des partenariats ou des collaborations de recherche stratégiques sur les services de soins infirmiers ou de santé interprofessionnels à l'intérieur et en dehors de la Colombie-Britannique;
- encourager des innovations dans les secteurs de la prestation des soins et de l'éducation selon les résultats de la recherche sur les services de santé;
- dresser un plan de durabilité.

## RÉPERCUSSIONS :

En date de janvier 2013, Inspire Net comptait plus de 2 500 membres. Près de 65 % des membres d'InspireNet travaillent dans les régies de la santé de la Colombie-Britannique et environ 25 % des membres œuvrent dans le milieu universitaire. InspireNet rassemble ces populations. Il est trop tôt pour bien saisir l'incidence de ces liens sur le rendement du système de soins de santé, mais d'un point de vue anecdotique, nous entendons des témoignages encourageants. Une évaluation officielle est prévue pour cette initiative.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

InspireNet mise sur les expériences des huit réseaux de recherche sur la santé de la population établis en Colombie-Britannique qui sont financés par la Michael Smith Foundation for Health Research au cours de la période 2005-2010 : ([http://www.msfr.org/resources/public/Funding/HoPN\\_Background.pdf](http://www.msfr.org/resources/public/Funding/HoPN_Background.pdf)) et qui mettent en pratique les enseignements des réseaux de recherche en santé financés par le FRQS (Fonds de recherche du Québec - Santé) : [http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/centregroupereseau/reseaux/reseaux\\_liste.shtml](http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/centregroupereseau/reseaux/reseaux_liste.shtml).

À ce stade-ci, le programme prend de l'ampleur en Colombie-Britannique et donnerait de bons résultats.

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

- Plan d'évaluation : <http://www.inspirenet.ca/Evaluation>.
- Les rapports tirés des activités d'évaluation continues sont accessibles dans la section *Performance Reporting* : <http://www.inspirenet.ca/publications>



- [www.msfhr.org](http://www.msfhr.org)
- <http://ehealth.med.ubc.ca/projects/inspirenet/>
- <http://solr.bccampus.ca:8001/bcc/items/7d8e2dc3-19c7-5e03-887c-4388481e0...>
- [http://health-evidence.ca/additional\\_resources\\_links](http://health-evidence.ca/additional_resources_links)
- <http://www.cano-acio.ca/links/>
- [http://www.bcahc.ca/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=203...](http://www.bcahc.ca/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=203...)
- <http://www.kusp.ualberta.ca/en/KUSPNews/2011/12/DrCaroleEstabrooksdelive...>
- [http://www.crpnb.ca/wp-content/uploads/2011/02/CRPN\\_Communicator\\_SPRING...](http://www.crpnb.ca/wp-content/uploads/2011/02/CRPN_Communicator_SPRING...)
- <http://www.ipanel.ca/>
- <http://www.arnbc.ca/>

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Pat Atherton

Titre : Gestionnaire

Organisme : InspireNet

Courriel : [patherton@inspirenet.ca](mailto:patherton@inspirenet.ca)

Dernière mise à jour : 8 avril 2013