



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

Thème : Promotion de la santé et prévention (vol. 1)

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:	Promotion de la santé	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	30 résultats sur 120

1. QuickCare Clinics

Implementation Year: Jeudi, janvier 9, 2014 - 13:00	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/quickcare.html
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice is designed to meet low-complexity, primary health care needs, thereby addressing unnecessary visits to the emergency room, duplicated diagnostics, testing, and imaging, and shortages around availability of family physicians. The first QuickCare Clinic opened in Winnipeg, Manitoba in 2012, followed by three more QuickCare Clinics in the same year. Collectively the four QuickCare clinics had over 45,000 patient visits by the fall of 2013.

CONTACT INFORMATION:

Name: Marta Crawford **Title:** Consultant **Organization:** Primary Care Network Implementation, Manitoba Health **Email address:** marta.crawford@gov.mb.ca **Telephone number:** 204-786-7342

2. Collaborative Practice & Learning Environments

Implementation Year: Mercredi, janvier 6, 2010 - 14:45	Location: Alberta	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to develop, implement and evaluate innovative interprofessional (IP) approaches to health care delivery across selected health care practice sites in Alberta, British Columbia, Manitoba and Saskatchewan. The multi-jurisdictional initiative began in 2010 and has been carried out by The Northern and Western Health Human Resource Forum in partnership with the Western Canadian Interprofessional Health Collaborative (WCIHC). The selected sites will constitute Collaborative Practice & Learning Environments (CP&LEs), providing a model for exemplary collaborative practice and hosting IP clinical student placements.

CONTACT INFORMATION:

Name: Esther Suter **Title:** Director, Workforce Research and Evaluation **Organization:** Alberta Health Services **Email address:** esther.suter@albertahealthservices.a **Telephone number:** 403-943-0183

3. Saskatoon Primary Health Bus

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2008 - 15:45	Location: Saskatchewan	Practice Website: http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_primary_health_health_bus.htm
---	-------------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice improves access to care in low-income neighbourhoods. The practice was launched in Saskatoon, Saskatchewan, and involves nurse practitioners and paramedics.

CONTACT INFORMATION:

Sheila Achilles, Director Primary Health and Chronic Disease Management Primary Health St. Paul's Hospital 1702-20th Street West Saskatoon, SK S7M 0Z9 Telephone: (306) 655-5806



4. Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners (PHC NPs)

Implementation Year: Mercredi, décembre 9, 1998 - 15:00	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice improves accessibility and quality of primary care through the use of nurse practitioners. The practice has been implemented in Ontario in more than 300 primary care settings and involves provincial government funding of nurse practitioner (NP) education and clinical positions in family health teams, community health centres, nurse practitioner-led clinics, and other primary care practices and organizations.

CONTACT INFORMATION:

Ministry of Health and Long-Term Care Email: nursingsecretariat.moh@ontario.ca

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

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

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

6. Transgender Health Program (programme de santé pour les personnes transgenres) de Vancouver Coastal Health : Ressource provinciale destinée à la communauté transgenre, mixte et unie

Implementation Year: Mercredi, novembre 27, 2013 - 10:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: www.transhealth.vch.ca
--	--	---

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde l'accessibilité de l'information et des ressources pour les personnes ayant des questions concernant les problèmes liés à la santé des personnes transgenres. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique dans un centre de santé communautaire et comprend la participation d'un conseiller communautaire, d'un administrateur de bureau et d'un directeur médical.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lorraine Grieves Titre : Gestionnaire Organisme : Vancouver Coastal Health, Transgender Health Program Courriel : Lorraine.grieves@vch.ca Téléphone : 604-714-3771, poste 2318 Dernière mise à jour : 23 août 2013

7. Taima TB (Halte à la tuberculose, en inuktitut) : Accroître la sensibilisation et le dépistage de la tuberculose au Nunavut

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2011 - 10:30	Location: Nunavut	Practice Website: http://taimatb.tunngavik.com/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde le taux d'incidence élevée de façon disproportionnée de la tuberculose au Nunavut. La pratique a été inaugurée à Iqaluit, et



comportait une équipe de santé publique d'infirmières et infirmiers autorisés et de champions de la tuberculose dans la collectivité de langue inuktitut.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Deborah Van Dyk RN, MScN **Titre :** Coordonnatrice de projet, Taima TB **Organisme :** L'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa **Courriel :** dvandyk@ohri.ca **Téléphone :** 867-222-5026 **Dernière mise à jour :** 23 août 2013

8. Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP HIV/AIDS): Applying a Treatment-as-Prevention Model of Care (Chercher et traiter, pour une prévention optimale du VIH/sida (Supprimer le VIH/sida) : Application d'un traitement comme modèle de soins

Implementation Year: Samedi, novembre 27, 2010 - 10:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.stophivaids.ca/
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde la santé des personnes atteintes du VIH/sida et réduit le risque de transmission de la maladie. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique et comporte la participation de 16 équipes interprofessionnelles de soins de santé aux cliniques de soins primaires à l'est du centre-ville de Vancouver.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Christina Clarke **Titre :** Directrice de projet, HIV Quality Improvement Network **Organisme :** BC Centre for Excellence in HIV/AIDS **Courriel :** cclarke@cfenet.ubc.ca **Téléphone :** 604-682-2344, poste 66546 **Dernière mise à jour :** 8 août 2013

9. SkinSafe : Programme d'éducation dans les écoles secondaires visant à réduire la prévalence du cancer de la peau chez les adolescents et les jeunes adultes

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2011 - 10:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.skinsafe.info/
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde la prévalence croissante du cancer de la peau chez les adolescents et les jeunes adultes. La pratique a été inaugurée dans les écoles secondaires de Colombie-Britannique et comporte la participation de médecins en titre, d'étudiants en médecine et d'étudiants volontaires de premier cycle.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lawrence Haiducu **Titre :** Étudiant en médecine à la UBC **Organisme :** Faculté de médecine de la UBC **Courriel :** haiducu@interchange.ubc.ca **Téléphone :** 604-575-9022 **Dernière mise à jour :** 23 août 2013

10. Programme Home for Life : Mobilisation de bénévoles dans la collectivité afin de permettre aux aînés de rester à leur domicile)

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2011 - 09:45	Location: Ontario	Practice Website: http://www.homeforlifesgb.com/
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice consiste en un programme communautaire dirigé par des bénévoles qui aide à relier les aînés qui choisissent de vivre à leur domicile aux services de soins aux aînés appropriés et à d'autres ressources. La pratique a été inaugurée à South Georgian Bay, Ontario, en 2012 en tant qu'initiative de collaboration parmi six organisations dans l'ensemble du continuum de soins.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Albert Henriques **Titre :** Directeur exécutif **Organisme :** South Georgian Bay Community Health Centre **Courriel :** ahenriques@southgeorgianbaychc.ca **Téléphone :** 705-422-0900, poste 103 **Dernière mise à jour :** 24 juillet 2013

11. Gestion de cas à l'échelle du système



Implementation Year: Mercredi, novembre 26, 2008 - 14:15	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=7573
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore la coordination des soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Le modèle de gestion de cas à l'échelle du système fut inauguré d'abord dans la région de Calgary en Alberta en janvier 2008 en tant que projet pilote d'une durée de 18 mois. À cette époque, on a fait l'embauche de sept gestionnaires de cas et en l'espace d'un an, plus de 200 clients étaient inscrits dans le cadre du programme. Bien que le modèle ait changé par rapport à sa portée initiale et à ses objectifs en matière de population de patients, la gestion de cas à l'échelle du système est encore en vigueur dans les établissements de soins communautaires de la région de Calgary.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Barbra LeMarquand-Unich **Titre :** Directrice exécutive (par intérim) **Organisme :** Integrated Seniors and Continuing Care (Calgary Zone)
Courriel : barbra.lemarquand-unich@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 403-943-0252 **Dernière mise à jour :** 8 août 2013

12. Équipes de santé d'infirmières et infirmiers et de diététiciens pour prévenir les complications liées au diabète

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2004 - 14:00	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001687
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore la qualité du contrôle du diabète en ayant recours à des équipes interprofessionnelles de soins de santé effectuant des interventions auprès des personnes âgées de 17 ans et plus atteintes de diabète et d'hypertension ou d'albuminurie. Le projet pilote initial a été inauguré dans cinq collectivités au nord de l'Alberta en 2004. On a développé depuis le programme dans huit collectivités au total (deux collectivités urbaines et six rurales), desservant plus de 3 000 patients.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Carolyn Good **Titre :** Coordinatrice du bureau **Organisme :** Diabetic Nephropathy Prevention Clinics (cliniques de prévention de la néphropathie diabétique), Alberta Health Services **Courriel :** carolyn.good@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 780-407-1443 **Dernière mise à jour :** 26 juillet 2013

13. Liaison en santé mentale

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2004 - 14:00	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=saf&rid=1017161
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore le niveau de coordination et l'accessibilité des services de santé mentale en milieu rural en Alberta en offrant un lien direct entre les médecins, les infirmières et infirmiers et les patients. En 2004, on a ajouté un nouveau poste de liaison en santé mentale dans le cadre du programme d'accès et d'intervention précoce de Mental Health Services dans la collectivité de Rocky Mountain House, Alberta. Il y a maintenant 27 postes de liaison en santé mentale dans la région centrale de la province.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gloria Bruggencate **Titre :** Instructrice **Organisme :** Mental Health Services **Courriel :** gbruggencate@dthr.ab.ca **Téléphone :** 403-783-7907

14. Le plan d'action pour les Premières nations de la Saskatchewan dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Implementation Year: Jeudi, novembre 26, 2009 - 10:00	Location: Saskatchewan	Practice Website:
--	-------------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice propose un plan pour diminuer l'incidence et les effets du diabète de type 2 parmi les membres des Premières nations. Lancée dans les 78



Premières nations de la Saskatchewan, la pratique faisait appel à des représentants de ces communautés et de Santé Canada.

CONTACT INFORMATION:

Name: Barbara MacDonald, inf. aut., B.Sc.Inf., EAD **Titre :** Infirmière-conseil, **Services de santé communautaires** **Organisme :** La division des soins de santé primaires et des services cliniques, Santé des Premières nations et des Inuits, région de la Saskatchewan, Santé Canada **Courriel :** barbara.macdonald@hc-sc.gc.ca **Téléphone :** 306-780 5747 **Dernière mise à jour :** Le 15 juillet 2013

15. Le département de la Santé et du Mieux-être des Premières nations de Carcross-Tagish incite les jeunes à prendre soin des aînés et à prévenir les mauvais traitements à leur égard

Implementation Year: Samedi, novembre 26, 2011 - 09:45	Location: Yukon	Practice Website: http://www.ctfn.ca/
---	------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la nécessité de renforcer la capacité des familles, de la communauté et des fournisseurs de prendre soin des aînés et de permettre à ces derniers de demeurer à la maison en toute sécurité et plus longtemps. Une communauté éloignée du Yukon a pris une approche stratégique afin de responsabiliser davantage les jeunes, de diminuer les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et d'étoffer le programme de soins à domicile en mettant cette pratique en place en 2011.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Roberta Shepherd **Titre :** Gestionnaire des programmes d'approche **Organisme :** Premières nations de Carcross-Tagish **Courriel :** roberta.shepherd@ctfn.ca **Téléphone :** 867 821-4251, poste 8232 **Dernière mise à jour :** Le 25 septembre 2013

16. Sip Smart! BC™

Implementation Year: Samedi, novembre 7, 2009 - 11:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: www.bcpeds.ca/sipsmart
--	---------------------------------------	---

SNAPSHOT:

Inaugurée en 2009, cette pratique innovatrice fait la promotion de la sensibilisation aux conséquences négatives sur la santé de consommer des boissons sucrées et fait la promotion de la consommation de choix de boissons santé. L'élaboration du programme nécessitait un bureau de projet, des développeurs de contenu, des agents de liaison avec les écoles et des formateurs.

CONTACT INFORMATION:

Name: Stephanie Stevenson **Title:** Executive Director **Organization:** BC Pediatric Society **Email address:** S-Stevenson02@cw.bc.ca **Telephone number:** 604-875-3101

17. Power to Push Campaign: Know Your Options, Take Control (campagne sur les naissances par voie naturelle : connaître ses options, prendre le contrôle) de l'hôpital et du centre de santé pour femmes de la Colombie-Britannique

Implementation Year: Dimanche, novembre 7, 2010 - 11:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.powertopush.ca/
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice permet la diminution des taux de naissance par césarienne en Colombie-Britannique et informe les futures mamans des options d'accouchement sécuritaires. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique à l'hôpital des femmes de la Colombie-Britannique et comprenait une équipe d'obstétriciens, de gynécologues, de sages-femmes, de médecins de famille, de chercheurs, d'infirmiers et infirmières et d'autres professionnels de la santé.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jan Christilaw **Titre :** Président de BCWH, promoteur de projet du GTAC **Organisme :** BCWH **Courriel :** S.o. **Téléphone :** 604-875-2424, poste 6387

18. L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)



Implementation Year: Mercredi, novembre 6, 2013 - 15:45	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative tool supports organizations (within and outside of the health sector whose work can affect health outcomes) to plan for health equity in policy development and program delivery. The Health Equity Impact Assessment (HEIA) tool was launched publicly by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care in 2011.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Équipe de projet de l'EIES **Titre :** Direction de la santé communautaire et de la santé de la population **Organisme :** Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario **Courriel :** HEIA@ontario.ca **Téléphone :** n.d.

19. Le Men's Health Program : inciter les hommes du nord de la Colombie-Britannique à prendre soin de leur santé

Implementation Year: Dimanche, novembre 6, 2011 - 15:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: men.northernhealth.ca
---	--	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde les préoccupations liées à la santé des hommes qui vivent dans le nord de la Colombie-Britannique à l'aide d'un site Web interactif. Le Men's Health Program a été mis sur pied en 2011 et faisait appel à un coordonnateur de programme.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Brandon Grant **Titre :** Coordonnateur du Men's Health Program **Organisme :** Northern Health **Courriel :** Brandon.Grant@northernhealth.ca **Téléphone :** 250-645-6348

20. MSH-CARES: Markham Stouffville Hospital CAesarean section REduction Strategy (stratégie de diminution des césariennes de l'Hôpital Markham-Stouffville)

Implementation Year: Samedi, novembre 6, 2010 - 15:30	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice diminue les taux d'interventions inutiles (comme les césariennes) pendant le travail et l'accouchement pour les femmes à faible risque qui donnent naissance dans un milieu hospitalier. Le programme et la stratégie ont été lancés en 2010 dans un hôpital communautaire du sud de l'Ontario.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Esther Shoemaker **Titre :** Candidate au doctorat **Organisme :** Université d'Ottawa **Courriel :** ebaum038@uottawa.ca **Téléphone :** 613-366-8000

21. Mindcheck.ca : une ressource provinciale pour les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale

Implementation Year: Mercredi, novembre 6, 2013 - 15:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://mindcheck.ca/
---	--	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice met les jeunes en contact avec des ressources en santé mentale et avec une communauté de soutien afin de dépister les troubles de santé mentale plus tôt. Lancée en Colombie-Britannique dans quatre collectivités, la pratique mettait à contribution des représentants de plusieurs organismes de santé mentale, des éducateurs, des chercheurs, des représentants des jeunes, des commanditaires ainsi que des représentants de différents organismes communautaires.

CONTACT INFORMATION:



Nom : Karen Tee **Titre :** Gestionnaire **Organisme :** Child, Youth and Young Adult Mental Health and Substance Use **Courriel :** Karen.tee@fraserhealth.ca **Téléphone :** n.d.

22. Mind, Exercise, Nutrition ... Do It ! (MEND) (Traitement et prévention de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants)

Implementation Year: Vendredi, novembre 5, 2010 - 15:00	Location: Alberta	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le problème de l'obésité juvénile. Le programme est assuré dans les collectivités par des organismes locaux dont le personnel formé bénéficie du soutien d'Alberta Health Services. Il est offert gratuitement aux participants et il offre aux familles un milieu confortable et favorable pour interagir et pour apprendre à faire des choix qui cadrent avec un mode de vie sain.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Farah Bandali **Titre :** gestionnaire, Saine croissance de l'enfant **Organisme :** Alberta Health Services **Courriel :** farah.bandali@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 403-943-9719

23. Healthy Buddies : un programme de promotion de la santé dirigé par des pairs pour la prévention de l'obésité et des troubles de l'alimentation parmi les enfants des écoles primaires

Implementation Year: Mardi, novembre 5, 2002 - 14:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.healthybuddies.ca/
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice éduque les enfants sur l'alimentation, l'activité physique et les moyens à prendre pour grandir et se développer en santé. Ce programme de promotion de la santé fait appel à un modèle dirigé par des pairs selon lequel les enfants plus âgés sont formés dans le but d'enseigner à leurs pairs plus jeunes. Le programme, qui a été mis à l'essai en Colombie-Britannique entre 2002 et 2004, a pris de l'expansion entre 2006 et 2008.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jean-Pierre Chanoine **Titre :** Programme Healthy Buddies de l'unité de l'endocrinologie et du diabète **Organisme :** BC Children's Hospital **Courriel :** jchanoine@cw.bc.ca ou info@healthybuddies.ca **Téléphone :** 604-875-2345, post 5120

24. Programme For My Health! : Établissement des facteurs de risque d'une mauvaise santé mentale et physique

Implementation Year: Jeudi, novembre 5, 2009 - 14:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.cmha.bc.ca/how-we-can-help/workplace/formyhealth
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice permet d'améliorer la santé mentale et physique des travailleurs à l'aide d'une évaluation des risques pour la santé. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique au BC Cancer Research Centre (centre de recherche sur le cancer de la Colombie-Britannique), et comprenait la participation de 50 employés et intervenants en santé, comme des nutritionnistes, des médecins, des conseillers et des diététiciens.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Julie Kaisla **Titre :** S.o. **Organisme :** L'Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B. **Courriel :** S.o. **Téléphone :** 604-688-3234, poste 244. Dernière mise à jour : 30 août 2013

25. Non aux boissons gazeuses

Implementation Year: Vendredi, novembre 5, 2004 - 14:30	Location: Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Yukon	Practice Website: www.drothepopnwt.ca
---	--	---



SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de l'obésité juvénile ainsi que d'autres problèmes de santé liés à l'alimentation dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé juridictionnelle. Lancée au Nunavut en 2004, la pratique, qui a commencé avec 14 écoles, faisait appel à un responsable gouvernemental, à des partenaires communautaires ainsi qu'à des administrateurs et des enseignants qui dirigeaient les efforts déployés dans les écoles.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Titre : Division de la santé de la population, Promotion de la santé Organisme : Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère de la Santé et des Services sociaux Courriel : healthpromotion@gov.nt.ca Dernière mise à jour : Le 29 juillet 2013

26. L'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses

Implementation Year: Vendredi, novembre 5, 2010 - 14:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://healthycampuses.ca/
---	--	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à améliorer la santé mentale et à diminuer la toxicomanie parmi les étudiants de niveau postsecondaire dans l'ensemble de la Colombie-Britannique. Lancée sur plusieurs campus, la pratique mettait à contribution une équipe composée d'étudiants, de membres du corps enseignant, de professionnels des campus, d'administrateurs, de représentants du gouvernement, de chercheurs et de membres de la collectivité.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Shaylyn Streach Titre : Coordinatrice Organisme : Healthy Minds/Healthy Campuses Courriel : shaylyn.streach@cmha.bc.ca Téléphone : 604-688-3234, poste 287 Dernière mise à jour : Le vendredi 30 août 2013

27. Atii! : A Comprehensive Healthy Living Intervention for Children, Youth, and Families in Inuit Communities in Nunavut (Atii! : une intervention globale pour un mode de vie sain auprès des enfants, des jeunes et des familles dans les communautés inuites au Nunavut)

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 14:00	Location: Nunavut	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde les résultats sur la santé et la littératie en santé parmi les enfants inuits. Lancée en 2011 au Nunavut, la pratique mettait à contribution un coordonnateur de projets, un animateur de jeu ainsi qu'une personne chargée de l'administration.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gwen Healey Titre : Directrice exécutive Organisme : Qaujigiartiit Health Research Centre Courriel : gwen.healey@qhrc.ca Téléphone : 867-975-2476

28. Le Programme de pratiques parentales positives (Triple P) au Manitoba

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2005 - 15:00	Location: Manitoba	Practice Website:
--	---------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde les problèmes comportementaux et affectifs chez les enfants et les jeunes en informant leurs parents et leur offrant un soutien. Cette pratique fut inaugurée au Manitoba en 2005 et on a commencé par former environ 1 200 praticiens pendant une période initiale de trois ans.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Steven Feldgaier, psychologue clinicien Titre : Directeur, Initiative de pratiques parentales Organisme : Enfants en santé Manitoba, gouvernement du Manitoba Courriel : Steven.Feldgaier@gov.mb.ca Téléphone : 1-888-848-0140 ou 204-945-3084

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



Implementation Year: Mardi, octobre 9, 2012 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website: http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html
--	--------------------------	--

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

30. InSite : l'établissement d'injection sous supervision médicale de Vancouver

Implementation Year: Mardi, octobre 7, 2003 - 13:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://supervisedinjection.vch.ca/
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde les problèmes liés à la consommation de drogues illicites, comme la transmission de maladies par le sang, les surdoses mortelles et la sécurité communautaire. La pratique, qui a été lancée dans une clinique de Vancouver, en Colombie-Britannique, faisait appel à une équipe d'infirmières, à des conseillers, à des travailleurs en santé mentale ainsi qu'à des travailleurs de soutien entre pairs.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Monika Stein **Titre :** Gestionnaire, programmes de réduction des méfaits **Organisme :** Vancouver Coastal Health **Courriel :** monika.stein@vch.ca **Téléphone :** s. o.



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

QuickCare Clinics

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

SNAPSHOT: This innovative practice is designed to meet low-complexity, primary health care needs, thereby addressing unnecessary visits to the emergency room, duplicated diagnostics, testing, and imaging, and shortages around availability of family physicians. The first QuickCare Clinic opened in Winnipeg, Manitoba in 2012, followed by three more QuickCare Clinics in the same year. Collectively the four QuickCare clinics had over 45,000 patient visits by the fall of 2013.

PRACTICE DESCRIPTION:

QuickCare Clinics operate as 'nurse-led care models'. This means that registered nurses and nurse practitioners share the responsibility of seeing patients and make referrals outside of the clinic when necessary. Basic services offered at these centres are based on episodic primary care needs, and include treating infections, rashes, sprains, etc.; prescribing birth control; and administering immunizations. Patient intake is organized on the principles of the 'Advanced Access Model' and combines walk-in services with scheduled appointments to enable more immediate patient visits. In contrast to traditional payment systems where physicians bill per service provided, nurses are paid through block funding so that the flow of financial resources matches the input of the health human resources on-site.

By treating more basic health care needs within the scope of practice of the attending nurse, this model is designed to improve efficiency of health care services, theoretically diverging inappropriate demands away from urgent care centres and emergency departments. The clinics address issues of accessibility of primary care by providing extended hours and are open during weekends, evenings and holidays.

QuickCare Clinics are funded through the Regional Health Authorities, and are part of a broader provincial plan to ensure that every Manitoban who wants a family physician will have access to one by 2015. These clinics are therefore not considered a replacement to family practice clinics, but are integrated within the primary care network strategy to decrease the overall work burden on physicians, enabling them to accept more patients into their practice.

IMPACT:

This innovative practice has been implemented since February 2012 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The success of QuickCare Clinics has been facilitated by the broader provincial agenda to increase accessibility of family physicians, collaboration across regional health authorities, the staffing model, the convenient locations for the clinics, and having established an electronic medical record from the onset.

In terms of health human resource planning, challenges around nurse practitioner recruitment have been experienced province wide. For the case of the QuickCare Clinics, full nurse practitioner staffing was not achieved until the fall of 2013.

This particular nurse-led model is unique to Manitoba. The four Quick Care Clinics that are currently operational are: Steinbach, Selkirk, McGregor Avenue in Winnipeg, and St. Mary's Road in Winnipeg, which opened most recently in November 2012. Four more Quick Care Clinics are scheduled to open in the next few years.

CONTACT INFORMATION:

Name: Marta Crawford



Title: Consultant

Organization: Primary Care Network Implementation, Manitoba Health

Email address: marta.crawford@gov.mb.ca

Telephone number: 204-786-7342

Information last updated on: December 11, 2013

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

Personal Communications:

Marta Crawford; November 22, 2013 [telephone]

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



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

Collaborative Practice & Learning Environments

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

SNAPSHOT: This innovative practice aims to develop, implement and evaluate innovative interprofessional (IP) approaches to health care delivery across selected health care practice sites in Alberta, British Columbia, Manitoba and Saskatchewan. The multi-jurisdictional initiative began in 2010 and has been carried out by The Northern and Western Health Human Resource Forum in partnership with the Western Canadian Interprofessional Health Collaborative (WCIHC). The selected sites will constitute Collaborative Practice & Learning Environments (CP&LEs), providing a model for exemplary collaborative practice and hosting IP clinical student placements.

PRACTICE DESCRIPTION:

In Alberta, two community mental health outpatient clinics were recruited for this project. Staff at both clinics demonstrated a collaborative, client-centred care philosophy with following objectives: 1. Increase IP competencies of providers; 2. Develop structures and processes to facilitate collaborative practice; 3. Develop staff competencies to act as IP mentors for students; and 4. Increase capacity for IP student placements. At both sites, students from different disciplines started their practicum and were also interested in learning more about collaborative practice. External facilitators guided the staff and student discussions every two weeks for about one hour to focus on areas for change and to assist with the design of the strategies. Most team members also attended three workshops for in-depth discussions on current concerns.

Tools and approaches from Human Systems Dynamics were used to structure the conversations and arrive at meaningful strategies at the practice and systems levels (<http://www.hsdinstitute.org/>). Staff used the *Legacy Sustainability Framework* as developed by Royce Holladay to plan a sustainable interprofessional mentoring strategy by considering relevant factors (e.g., coherence, commitment, connections, constructs, communication, capacity building and continuous assessment). The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) Interprofessional Practice Competency Framework laid the foundation for the competency discussions (www.CIHC.ca).

Funding was provided by Alberta Health through the Health Workforce Action Plan and Health Canada.

IMPACT:

Following the initial research and development stages of the project in 2010, an evaluation was conducted to assess the outcomes, process, and context (staff and manager interviews). The evaluation was designed specifically to monitor changes in knowledge, attitudes, skills, and behaviours among program participants. Two validated tools were used to quantitatively measure these changes, in relation to interprofessional practice and changes in communication and relationships. Overall, staff reported having developed a greater awareness for the need to collaborate, identify issues within each team, and implement collaborative practice changes. Team members concurred that the overall level of collaboration at the clinics had increased. The majority of students stated that they gained greater awareness about how other practitioners work at the clinics and that collaborative practice is an important part of client care. At the time of the evaluation, client processes that had associated improvements included triage, discharge, treatment of clients with concurrent mental health and addictions issues.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

This approach to creating Collaborative Practice & Learning Environments is highly transferrable to other practice settings for both students and staff. While the initial project was limited to one year, this model of education and effort to improve IP care has since been formally integrated into the Health Professions Practice & Strategy Portfolio at Alberta Health Services.

One of the greatest benefits to this practice has been the ability to increase capacity for interprofessional mentoring of students (e.g., evaluating interprofessional skills, recognizing interprofessional opportunities). Staff indicated that external facilitators and internal champions endorsing the project were crucial to the successful development and completion of the project. The Interprofessional Mentoring Guide enabled supervisors to systematically develop and evaluate the learning modules across disciplinary backgrounds.



CONTACT INFORMATION:

Name: Esther Suter
Title: Director, Workforce Research and Evaluation
Organization: Alberta Health Services
Email address: esther.suter@albertahealthservices.ca
Telephone number: 403-943-0183

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

Deutschlander, S, Suter, E. 2011. Interprofessional Mentoring Guide. Available at:

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-wre-ip-mentoring-guide.pdf>.

Suter, E., Deutschlander, S. 2011. Creating Collaborative Practice & learning Environments (CP&LE Project)- Final Report. Available at: <http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-wre-ccple-report.pdf>.

Personal Communications:

Esther Suter; November 14, 2013 [email]

Publications:

Suter, E., Taylor, L., Arthur, N., Clinton, M. (2008) Creating an interprofessional learning environment through communities of practice: An alternative to traditional preceptorship - Final report

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-hswru-iecpcp-report-2008.pdf>



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

Saskatoon Primary Health Bus

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

Snapshot: This innovative practice improves access to care in low-income neighbourhoods. The practice was launched in Saskatoon, Saskatchewan, and involves nurse practitioners and paramedics.

Practice Description:

A 2006 study examining health disparities by neighbourhood in Saskatoon showed that low-income neighbourhoods have a higher than average use of health care, higher burdens of illness (including mental disorders, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, coronary artery disease, chlamydia, gonorrhoea, hepatitis C), higher rates of teen births, and greater likelihood of low birth weights. Primary health care managers in Saskatoon Health Region recognized that residents of these neighbourhoods (primarily First Nations people, Métis, immigrants, and refugees) could not access primary care easily. To address this concern, they converted a recreational vehicle to serve as a mobile clinic with a fully equipped examination room. The Health Bus, which is staffed by nurse practitioners and paramedics, operates daily to provide primary care services to patients at various locations that are convenient to the residents. Services include blood pressure and blood sugar checks, diagnosis and treatment of common illness and injuries, testing for sexually transmitted infections, provision of free condoms, pregnancy testing, suturing and suture removal, wound care, management of chronic conditions, disease prevention, health education, advocacy, and referral. A community advisory committee helps guide Health Bus operations.

Impact:

The Saskatoon Health Region has tracked program utilization and demographic information of users. During the 2011/12 calendar year, 2,777 patients visited the bus (Saskatoon Health Region, 2012). The majority of visits were for integumentary or ENT conditions. The service was most heavily used by women and by people in the 0–9 and 20–59 age groups.

This innovative practice has been implemented since 2008 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health. Early evidence suggests mobile clinics improve screening for chronic conditions (diabetes and hypertension) and coordination of care (Conference Board of Canada, 2012).

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

The success of the program is dependent on commitment to unique interprofessional primary health care teams; investment of resources for primary health care services to a small number of people; and engagement of community members in discussions of the scope of services and location of the bus.

The Health Bus has not been adapted from another jurisdiction. Three mobile primary care clinics designed to serve patients in rural and northern Manitoba communities who do not have a family physician are scheduled for implementation in 2013.

Contact Information:

Sheila Achilles, Director Primary Health and Chronic Disease Management

Primary Health

St. Paul's Hospital

1702-20th Street West



Saskatoon, SK S7M 0Z9

Telephone: (306) 655-5806

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

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

Publications

Canadian Health Services Research Foundation. (2010). Saskatoon Health Bus. In *Casebook of primary healthcare innovations: Picking up the pace*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/CasebookOfPrimaryHealthcareInnovations.sflb.ashx

Conference Board of Canada. (October 2012). *Improving primary health care through collaboration: Briefing 1—Current knowledge about interprofessional teams in Canada*. Retrieved from <http://www.wrha.mb.ca/professionals/collaborativecare/files/CBCBriefing12012.pdf>

Saskatoon Health Region. (2012). *Primary Health Bus report (2011–2012); Events of Distinction 2011–2012*.

External Source: http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_primary_health_health_bus.htm



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

Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners (PHC NPs)

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

Snapshot: This innovative practice improves accessibility and quality of primary care through the use of nurse practitioners. The practice has been implemented in Ontario in more than 300 primary care settings and involves provincial government funding of nurse practitioner (NP) education and clinical positions in family health teams, community health centres, nurse practitioner-led clinics, and other primary care practices and organizations.

Practice Description:

NPs are “registered nurses with additional educational preparation and experience who possess and demonstrate the competencies to autonomously diagnose, order and interpret diagnostic tests, prescribe pharmaceuticals and perform specific procedures within their legislated scope of practice”(CNA, 2009).

Education

The Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Education Program, established in 1995, is a standardized educational program delivered cooperatively by a nine-university consortium. The program uses multiple delivery modalities, including distance education, and is offered in both English and French. Baccalaureate-trained RNs studying full time can complete the seven core graduate-level courses that comprise the NP certificate program in one year. A combined Masters of Nursing/NP Certificate program has been available since 2008, and in most of the participating universities the combined program is now the only option available. The annual number of spaces in the PHC NP education program for full- and part-time students is currently 200.

Regulation

Ontario legislation providing for the registration of PHC NPs was proclaimed in 1998. Initially, NPs were allowed to order only a specified set of medications and diagnostic tests. Restrictions on NPs prescribing (except for controlled substances) and ordering laboratory tests were eliminated in 2011.

NP Practice

The nature and scope of NP practice varies across primary care settings. Some NPs provide care to a general primary care population while others focus on a specific population or health condition. Their work may involve varying combinations of acute illness care, chronic disease management, illness prevention, and health promotion. Some NPs have their own patient panel, but most share responsibility for a patient population with one or more family physicians.

Impact:

Ontario was home to the first randomized controlled trial (RCT) of NPs, which was carried out in a Burlington family practice setting by Spitzer et al. (1974). Since then, many RCTs have been conducted internationally, mainly in the US, the UK, and the Netherlands. Systematic reviews of these RCTs have consistently concluded that NPs deliver safe, effective care (Horrocks, Anderson, and Salisbury, 2002; Newhouse et al., 2011).

A study by Russell et al. (2009) of chronic disease management in Ontario primary care practices concluded that “Across the whole sample and independent of model, high-quality chronic disease management was associated with the presence of a nurse-practitioner.” Ducharme, Alder, Pelletier, Murray, and Tepper (2009) evaluated the addition of PHC NPs and physician assistants to community hospital emergency departments in Ontario. In emergency departments that had NPs and/or physician assistants, the wait times, lengths of stay, and proportion of patients who left without being seen were significantly reduced.



While the integration of PHC NPs has not been fully evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

All provinces and territories have legislation in place for the NP role, although implementation has been most widespread in Ontario. The practice informant did not indicate whether the provinces and territories have worked collaboratively in defining the role of the NP.

The success of this specific program is dependent on:

- educating patients, providers, and insurance companies about the role and responsibilities of nurse practitioners and NPLCs;
- establishing effective governance structures, administration, and organizational development (e.g., interprofessional team functioning, information technology);
- engaging nursing stakeholders;
- providing appropriate NP compensation;
- optimizing roles within the team; and
- aligning financial incentives to ensure specialists are not disadvantaged by referrals from NPs.

Contact Information:

Ministry of Health and Long-Term Care

Email: nursingsecretariat.moh@ontario.ca

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

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

Personal Communication

Skelly, J. (August 19, 2013). [Assistant Dean, Nursing Graduate Program, School of Nursing, McMaster University].

Publications

Canadian Nurses Association. (2008). *Position statement: The nurse practitioner*. Retrieved from http://www2.cna-aici.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS_Nurse_Practiti...

College of Nurses of Ontario. (2013). *Membership totals at a glance*. Retrieved from <http://www.cno.org/what-is-cno/nursing-demographics/membership-totals-at-a-glance/>

Conference Board of Canada. (2012). *Improving primary health care through collaboration: Briefing 1—Current knowledge about interprofessional teams in Canada*. Retrieved from <http://www.wrha.mb.ca/professionals/collaborativecare/files/CBCBriefing12012.pdf>

DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., ... Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada—Thinking outside the box. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 23* (Special Issue), 239–259. Retrieved from <https://www.longwoods.com/content/22281/print>

Ducharme, J., Alder, R.J., Pelletier, C., Murray, D., & Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 11*(5), 455–461. Retrieved from http://www.aimhealthgroup.com/pressreleases/companynews_jd.pdf

Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care



can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819–823. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/324/7341/819>

Mian, O., Lacarte, S., & Koren, I. (2012). *2012 nurse practitioner workforce tracking study*. Centre for Rural and Northern Health Research. Retrieved from

http://www.cranhr.ca/pdf/CRaNHR_2012_NP_TS_survey_report_November_2012.pdf

Newhouse, R.P., Stanik-Hutt, J., White, K.M., Johantgen, M., Bass, E.B., Zangaro, G., ... Weiner, J.P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. *Nursing Economics*, 29(5), 230–250. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372080>

Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Program. (2013). *About the PHCNP Program*. Retrieved from http://np-education.ca/?page_id=23823

Russell, G.M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine*, 7(4): 309–318. Retrieved from <http://www.annfammed.org/content/7/4/309.short>

Spitzer, W.O., Sackett, D.L., Sibley, J.C., Roberts, R.S., Gent, M., Kergin, D.J., ... Wright, K. (1974). The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. *New England Journal of Medicine*, 290(5), 251–256. Abstract retrieved from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197401312900506>



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

Eastern Health Chronic Disease Prevention and Management Emergency Department Pilot Project

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

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

Practice Description:

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

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

Impact:

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

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

Applicability/Transferability:

The practice informant did not identify other specific practices that the Eastern Health Chronic Disease Prevention and



Management Emergency Department Pilot Project had been adapted from and was unaware whether it had been used as a model elsewhere. Lessons learned from this specific practice suggest that success is dependent on extracting information in a timely manner on patients visiting the ER, a timely consent management process, building strong relationships with the acute care sector, and engaging ER clinicians in the initiative.

Contact Information:

Alice Kennedy

VP – Eastern Health

Room 125, VP1, Veterans Pavilion

100 Forest Road

St. John's, NL

A1A 1E5

Telephone: 709-777-7200

Email: alice.kennedy@easternhealth.ca

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

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

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

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



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

Transgender Health Program (programme de santé pour les personnes transgenres) de Vancouver Coastal Health : Ressource provinciale destinée à la communauté transgenre, mixte et unie

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

APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde l'accessibilité de l'information et des ressources pour les personnes ayant des questions concernant les problèmes liés à la santé des personnes transgenres. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique dans un centre de santé communautaire et comprend la participation d'un conseiller communautaire, d'un administrateur de bureau et d'un directeur médical.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le *Transgender Health Program* (THP) (programme de santé pour les personnes transgenres) est le seul programme en Colombie-Britannique destiné à la prestation de services d'information propres aux personnes transgenres aux clients et aux fournisseurs de soins de santé. Le THP fournit un soutien aux personnes par téléphone, par courrier électronique, sur son site Web, en personne ainsi que selon certaines structures de groupes de services de première ligne. Le programme dessert également la collectivité en offrant aux professionnels de la santé de l'information et des possibilités de consultation afin de les aider à fournir un soutien à leurs clients et à prodiguer des soins de premier choix. Les services du programme THP sont gratuits, anonymes et confidentiels. Les personnes n'ont pas besoin d'un renvoi d'un médecin, d'une carte d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique ou d'une carte d'identité afin d'avoir accès à ce service sans restriction.

Le personnel du programme THP est en mesure de fournir un soutien à toutes les personnes transgenres si elles veulent obtenir ou non des services médicaux ou de chirurgie, et travaille avec les enfants, les familles, les jeunes et les adultes. Les travaux dans le cadre du programme THP se réalisent également sous forme d'initiatives de développement communautaire et de projets de renforcement des capacités. Plus précisément, le programme THP vise à :

- aider les clients de Colombie-Britannique ayant une question liée à la santé des personnes transgenres à trouver l'information et les ressources adéquates;
- créer un réseau communautaire d'intervenants en services de santé et sociaux adaptés aux personnes transgenres de Colombie-Britannique;



- mettre au point les ressources didactiques et pratiques à l'appui des intervenants en services de santé et sociaux pour la communauté transgenre* unie de Colombie-Britannique;
- fournir un soutien pour le renforcement des capacités et des possibilités de perfectionnement professionnel aux intervenants en services de santé et sociaux pour la communauté transgenre* unie de Colombie-Britannique;
- fournir à Vancouver des services de première ligne qui favorisent des moyens de soutien en santé communautaire pour les membres de la communauté transgenre (p. ex. visites sans rendez-vous pour les jeunes de la communauté transgenre*, groupe de soutien pour les soignants et les parents et groupes de soutien pour les adultes).

Il est important de noter que le programme THP ne fournit pas d'évaluations ou de soins de santé primaires pour les personnes transgenres, et n'est pas en mesure d'offrir un soutien médical spécialisé. Il n'y a pas de ressource ou clinique centralisée pour ce type de soins en Colombie-Britannique. Le programme THP aide plutôt les clients et les fournisseurs de soins de santé pour la communauté transgenre unie à avoir accès à de l'information pertinente sur les soins de santé et à s'orienter dans le système de soins de santé afin qu'ils soient en mesure de répondre à tous les besoins.

Le programme THP a été inauguré par Vancouver Coastal Health en 2003 après une année de consultations auprès de la communauté transgenre et de professionnels de la santé chevronnés en soins de santé pour les personnes transgenres. Le programme THP remplace le programme de dysphorie sexuelle à l'hôpital de Vancouver, qui a pris fin en 2002, et représente la transition d'un système hospitalier à un système de soins communautaires.

RÉPERCUSSIONS :

Le programme THP a fait l'objet d'une évaluation une année après sa mise en œuvre et un rapport sur les taux d'utilisation a été publié par Vancouver Coastal Health. Au cours de sa première année d'existence, le programme THP a fourni un soutien et de l'information, effectué des renvois et veillé à la défense des droits pour plus de 450 clients, sur un total de 1 634 consultations de clients. Dès le début de sa création, le programme THP a servi de partenariat de collaboration en favorisant la participation de la collectivité, des principaux intervenants et des fournisseurs de services de santé pour la communauté transgenre unie. Dans le cadre du programme, on continue d'étudier les collaborations et partenariats afin d'établir la fonction de service, et le programme continue de représenter une voix de soutien et d'anti-oppression pour la communauté transgenre.

À compter d'août 2013, le programme THP a achevé le processus d'engagement des principaux intervenants, et on examine la rétroaction qui a été recueillie auprès de plus de 300 membres de la communauté et des fournisseurs de services de santé pour la communauté transgenre unie. On est actuellement à établir et à examiner un nouveau plan s'appuyant sur les priorités stratégiques et les meilleures perspectives en ce qui concerne la prestation de services et le renforcement des capacités communautaires aux fins de mise en œuvre à compter d'octobre 2013.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme de santé pour les personnes transgenres n'a pas été adapté d'un autre établissement; il remplace plutôt le programme de dysphorie sexuelle, qui a été établi à l'hôpital général de Vancouver au début des années 80. Le programme THP fonctionne en étroite collaboration avec les cliniques de soins primaires et d'autres services auxquels a accès la communauté transgenre. Au fur et à mesure qu'il évoluera, le programme THP utilisera les technologies de communication (notamment le Web) et les réseaux de fournisseurs de soins de santé pour la communauté transgenre unie afin de rendre l'information pertinente accessible partout en Colombie-Britannique et de créer des possibilités de renforcement des capacités des fournisseurs à l'échelle de la province. Le modèle de centre d'information et de développement communautaire du programme THP est, en théorie, applicable et transférable à d'autres établissements. Le fait que le programme THP soit situé dans un grand centre urbain où il y a d'autres groupes dans le besoin et services connexes constitue un avantage marqué, et il s'avère utile que le programme THP soit relié à des réseaux internationaux liés aux soins de santé pour les personnes



transgenres.

Le programme THP a un budget très limité et compte moins de trois membres du personnel à temps plein. Afin d'offrir des services dans l'ensemble de la Colombie-Britannique, il s'est révélé pertinent de faire preuve de stratégie quant à la façon d'employer le personnel et de créer un éventail de services qui est contrôlable. Dans le passé et au fur et à mesure que le programme évoluera, il est impératif d'établir des partenariats et des réseaux, et d'avoir accès à des possibilités de subventions pour élargir les options en matière de programmes et services dans le cadre du programme THP.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lorraine Grieves

Titre : Gestionnaire

Organisme : Vancouver Coastal Health, *Transgender Health Program*

Courriel : Lorraine.grieves@vch.ca

Téléphone : 604-714-3771, poste 2318

Dernière mise à jour : 23 août 2013

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

Communications personnelles :

Jedrzejowski, H. (examen et rétroaction en date du 20 août 2013). [*Transgender Health Program*].

Publications :

Goldberg, J.M. *First year report: Transgender health program*, juillet 2004. Extrait de : <http://transhealth.vch.ca/resources/library/thpdocs/0407yearend.pdf>.

Autres :



Vancouver Coastal Health. *Transgender health program*, sans date. [Brochure]. Extrait de : <http://www.vch.ca/media/Transgender%20Health%20program%20Pamphlet.pdf>.

-

External Source: www.transhealth.vch.ca



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

Taima TB (Halte à la tuberculose, en inuktitut) : Accroître la sensibilisation et le dépistage de la tuberculose au Nunavut

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

APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde le taux d'incidence élevée de façon disproportionnée de la tuberculose au Nunavut. La pratique a été inaugurée à Iqaluit, et comportait une équipe de santé publique d'infirmières et infirmiers autorisés et de champions de la tuberculose dans la collectivité de langue inuktitut.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le taux d'incidence de la tuberculose évolutive au Nunavut est élevé de façon disproportionnée. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le taux de tuberculose au Nunavut en 2010 était de 304 par 100 000 personnes comparativement à 4,6 par 100 000 personnes dans le reste du Canada. *Taima TB* (Halte à la tuberculose, en inuktitut) est une campagne de santé publique innovatrice qui vise à réduire le taux d'infection à la tuberculose, en ciblant des secteurs résidentiels à risque élevé concernant la tuberculose à l'aide de la sensibilisation à domicile, du dépistage et du traitement. Le programme cible plus précisément les infections latentes à la tuberculose (ILT), une méthode qui peut réduire de façon considérable le nombre de personnes qui contractent la maladie évolutive de la tuberculose. *Taima TB*, dont le slogan est « Vous pourriez ignorer que vous êtes atteint de la tuberculose – Faites un dépistage et un traitement avant d'être malade », a été mis à l'essai dans la capitale du Nunavut, Iqaluit, en vue d'améliorer les efforts actuels de prévention du territoire en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose.

Parmi les caractéristiques uniques du projet *Taima TB*, mentionnons les suivantes :

- une approche particulièrement adaptée à la culture inuite;
- une campagne de sensibilisation à l'aide des stratégies relatives aux médias sociaux, notamment la documentation sur Internet, les vidéos sur YouTube et une page Facebook;
- la mise en place et la détermination de la faisabilité d'un nouveau test de diagnostic concernant l'ILT;
- une approche proactive visant à faire le dépistage et le traitement qui cible des secteurs bien précis à risque élevé;
- l'engagement ferme de la collectivité et la participation active à toutes les étapes du projet.

Le projet a été réalisé en deux phases. La phase I comprenait une campagne de sensibilisation à l'échelle communautaire concernant la tuberculose, et un groupe de discussion, une campagne médiatique à l'échelle locale, une fête communautaire ainsi qu'un défi sur YouTube. La phase II consistait en une campagne de sensibilisation à domicile, de dépistage et de traitement d'une durée de six mois ciblant les ménages dans les secteurs résidentiels à risque élevé concernant la tuberculose. Le projet était financé par l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre de la phase II du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, et par le gouvernement du Nunavut.

RÉPERCUSSIONS :

On a recueilli des données qualitatives et quantitatives tout au cours du projet pilote, et fait paraître les résultats dans un rapport d'étape en 2012. Lors de la phase I de la campagne de sensibilisation générale, il y a eu une augmentation du dépistage de l'ILT passive, qui fait référence aux personnes qui se présentent aux cliniques de santé publique sans rendez-vous pour faire un test de tuberculose. Le nombre de consultations sans rendez-vous s'est accru, passant d'une moyenne de 25 par mois (sur



une période de quatre ans avant l'initiative *Taima TB*) à une moyenne de 50 personnes par mois lors de la campagne de sensibilisation générale.

Lors de la phase II, un champion de la tuberculose et une infirmière en tuberculose ont effectué une sensibilisation à la tuberculose auprès de 444 personnes à leur domicile. Un tiers de ces personnes n'étaient pas admissibles au dépistage; le reste des deux tiers ont fait l'objet d'un dépistage de l'ILT. Environ un tiers de ces personnes ont reçu un test positif et on leur a recommandé un traitement contre l'ILT. Les résultats du traitement seront publiés bientôt. En plus de ces mesures de rendement, on a fait l'essai d'un nouveau test sanguin pour le diagnostic de l'ILT qui s'avère réalisable à Iqaluit.

Taima TB représente une nouvelle approche concernant la lutte contre la tuberculose, une approche axée sur la sensibilisation communautaire et, plus précisément, les campagnes de dépistage et de traitement ciblées. Cela nécessitera encore l'application de diverses stratégies de contrôle de la tuberculose pour contrôler la tuberculose au Nunavut dans l'avenir. On doit se pencher davantage sur la façon dont on peut intégrer les éléments de réussite de *Taima TB* dans le cadre du programme sur la tuberculose à l'échelle locale, et mener d'autres discussions avec les décideurs en matière de tuberculose à l'échelle territoriale.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'approche de *Taima TB* visant à réduire le taux de tuberculose au Nunavut n'a pas été adaptée d'une autre compétence. Selon la réussite du projet pilote, en 2012, le groupe *Taima TB* a obtenu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin de favoriser le transfert des connaissances et de développer la campagne de sensibilisation *Taima TB* dans cinq autres collectivités au Nunavut qui présentent des taux accrus de tuberculose. L'équipe de recherche utilise les outils élaborés dans le cadre du projet *Taima TB* afin de mieux habiliter les membres de la collectivité avec l'apport de connaissances sur la tuberculose en inuktitut et en anglais. À l'heure actuelle, les membres de l'équipe collaborent avec les équipes de santé publique à l'échelle locale afin de cibler les activités de sensibilisation à la tuberculose sur les étudiants des écoles secondaires. Un examen complémentaire des résultats de *Taima TB*, notamment les défis et les leçons retenues, paraîtra bientôt. Veuillez vous reporter au site Web de *Taima TB* pour obtenir des mises à jour.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Deborah Van Dyk RN, MScN

Titre : Coordinatrice de projet, *Taima TB*

Organisme : L'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Courriel : dvandyk@ohri.ca

Téléphone : 867-222-5026

Dernière mise à jour : 23 août 2013

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

Communications personnelles :

Van Dyk, D. (rétroaction et examen). [*Taima TB*].

Publications :

Alvarez, G.G. *Taima TB progress report*, 12 mars 2012. Extrait de : <http://taimatb.tunngavik.com/files/2012/04/Bilingual-PROGRESS-REPORT-TAIMA-TB-Final-Version-March-12-2012.pdf>

Autres :

Instituts de recherche en santé du Canada . *Fiche de renseignements : Le gouvernement Harper aide à combattre la tuberculose au Nunavut*, 22 mars 2012. Extrait de : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45087.html>. Association des infirmières et infirmiers du Canada . Nunavut : lutter ensemble contre la tuberculose, dans *Infirmière canadienne*, juin 2012 . Extrait de : http://www.canadian-nurse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=732:bringing-the-community-together-to-beat-tb-in-nunavut&catid=4:perspectives&Itemid=39&lang=fr

External Source: <http://taimatb.tunngavik.com/>



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

Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP HIV/AIDS): Applying a Treatment-as-Prevention Model of Care (Chercher et traiter, pour une prévention optimale du VIH/sida (Supprimer le VIH/sida) : Application d'un traitement comme modèle de soins

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

APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde la santé des personnes atteintes du VIH/sida et réduit le risque de transmission de la maladie. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique et comporte la participation de 16 équipes interprofessionnelles de soins de santé aux cliniques de soins primaires à l'est du centre-ville de Vancouver.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le projet *Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP HIV/AIDS)* (Chercher et traiter, pour une prévention optimale du VIH/sida (Supprimer le VIH/sida)) a débuté comme projet pilote afin d'effectuer le dépistage du VIH chez un nombre accru de personnes, de faire participer les personnes admissibles à des programmes de traitement et de fournir un soutien aux personnes atteintes du VIH/sida afin de poursuivre le traitement. Le projet pilote visait expressément les personnes difficiles à atteindre se trouvant dans la grande ville Vancouver (est du centre-ville) et à Prince George. Ces emplacements ont été choisis en raison du fait que les taux de morbidité, de mortalité et de transmission liés au VIH étaient élevés de façon disproportionnée comparativement au reste de la Colombie-Britannique.

L'accès à un traitement contre l'infection à VIH, soit le Traitement antirétroviral hautement actif (HAART), est sous-optimal en Colombie-Britannique, malgré les recherches indiquant qu'il améliore les résultats cliniques, réduit le risque de transmission et améliore l'espérance de vie des personnes atteintes du VIH/sida. Le projet pilote STOP HIV/AIDS (Supprimer le VIH/sida) avait pour but de tester le traitement comme stratégie de prévention : si un nombre accru de personnes atteintes du VIH dans une collectivité suivent un traitement efficace contre le VIH, la charge virale de la collectivité sera réduite, entraînant un nombre réduit de nouvelles infections à VIH.

Le projet pilote a obtenu un financement de 48 millions de dollars sur quatre ans, et les fonds ont été affectés à Northern Health (NH), à Vancouver Coastal Health (VCH), au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS (BC-CfE), à la Provincial Health Services Authority (comprenant le BC CDC et le BC Women's Hospital) et à Providence Health Care (PHC). La phase du projet pilote s'est achevée en 2013 et le programme est maintenant mis en œuvre à l'échelle de la province.

Le projet pilote STOP HIV/AIDS a pour objectifs précis les suivants :

- assurer le maintien de soins et d'un traitement contre le VIH/sida de grande qualité et sécuritaires, et leur accès en temps opportun;
- réduire le nombre de nouveaux diagnostics du VIH/sida;
- réduire les répercussions du VIH/sida à l'aide d'un dépistage efficace et d'une détection précoce;
- améliorer l'expérience des patients à chaque étape du continuum des soins pour le VIH/sida;
- démontrer l'optimisation du système et des coûts.



Le projet pilote STOP se compose de nombreux programmes communautaires, cliniques et stratégiques interdépendants et distincts. Des intervenants multiples participent et collaborent pour diriger ces programmes, notamment des organismes communautaires, des professionnels de la santé, des organismes autochtones et des personnes atteintes du VIH.

RÉPERCUSSIONS :

Le BC-CfE effectue une surveillance et une évaluation continue à l'échelle provinciale, tandis que les partenaires VCH et PHC du projet pilote STOP à Vancouver font rapport des résultats à l'échelle de la population pour la zone de prestation de services de santé (Health Service Delivery Area (HSDA)) de Vancouver. Selon les résultats de la HSDA de Vancouver au quatrième trimestre de 2012, comparativement à la moyenne depuis le projet pilote STOP :

- les volumes de tests de laboratoire pour le dépistage du VIH se sont accrus de 24 p. cent;
- la proportion des patients ayant reçu la prescription d'un traitement antirétroviral hautement actif s'est accrue de façon considérable;
- la charge virale moyenne de la collectivité pour toutes les personnes séropositives au VIH connues a diminué de façon considérable.

À Prince George, le dépistage du VIH à la Central Interior Native Health Society s'est accru de près de 200 p. cent. Le pourcentage de clients recevant des médicaments antirétroviraux s'est accru en passant de 41 p. cent à 78 p. cent.

Une évaluation économique de l'avantage net de HAART en Colombie-Britannique est parue dans *Le SIDA*, la revue officielle de la Société internationale sur le SIDA. Selon l'étude, la couverture croissante de HAART passant de 50 p. cent à 75 p. cent pour les citoyens admissibles de la Colombie-Britannique aux traitements cliniques pourrait procurer un avantage net allant jusqu'à 900 millions de dollars sur 30 ans, en empêchant de nouvelles infections et en évitant des coûts de traitement futurs. La province a engagé la somme de 19,9 millions de dollars par année afin d'accroître le projet pilote STOP dans toute la Colombie-Britannique.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Dans le cadre du projet pilote STOP, un apprentissage structuré en collaboration a été inauguré par le BC-CfE à l'aide de la méthodologie de collaboration de la *Breakthrough Series* de l'Institute for Healthcare Improvement. L'apprentissage structuré en collaboration a été inauguré en décembre 2010, et est accessible à toute régie de la santé qui veut et peut appuyer les équipes afin d'y participer. On a suscité la participation de dix-sept emplacements en Colombie-Britannique à cet apprentissage structuré en collaboration. Toutes les régies de la santé (y compris celles des régions financées et non financées) qui y ont participé ont acquis des avantages positifs concernant un certain nombre d'indicateurs de la qualité. L'apprentissage structuré en collaboration a effectué la transition au HIV Quality Improvement Network en janvier 2012 afin de mettre l'accent sur la durabilité, et des travaux sont en cours afin d'inaugurer la deuxième phase d'un apprentissage structuré en collaboration.

Le projet pilote STOP a pris fin en mars 2013, au moment où l'on a commencé son développement à l'échelle provinciale pour toutes les régies de la santé. En juin 2013, Northern Health fut le récipiendaire du prix « Gold Apple » dans la catégorie des solutions de collaboration lors de la remise des prix de l'Excellence in BC Health Care Awards pour son rôle d'engagement de partenaires collaborateurs en vue de mettre en œuvre la campagne de sensibilisation STOP HIV/AIDS au cours de la phase pilote. Selon la réussite du traitement comme modèle de soins préventifs, des projets similaires ont été inaugurés à Washington, D.C., New York et San Francisco, bien que de façon isolée par rapport aux travaux effectués en Colombie-Britannique. À l'extérieur de l'Amérique du Nord, la Chine a adopté un type de programme similaire pour contrôler la propagation du VIH.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Christina Clarke

Titre : Directrice de projet, HIV Quality Improvement Network

Organisme : BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

Courriel : cclarke@cfenet.ubc.ca

Téléphone : 604-682-2344, poste 66546

Dernière mise à jour : 8 août 2013



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

Publications :

Chu, T., Demlow, E., Gustafson, R. et J. Sandhu. *STOP HIV/AIDS quarterly monitoring report: 1 October through 31 December, 2012*. Extrait de : http://www.vch.ca/media/Q4_STOP_HIV_AIDS_Quarterly_Monitoring_Report.pdf.

Gilbert, M. et K. Heath. *STOP HIV/AIDS pilot project quarterly indicators report: 1 April through June 30, 2012*.

Johnston, K.M., Levy, A.R., Lima, V.D., Hogg, R.S., Tyndall, M.W., Gustafson, P. et J.S. Montaner. *Expanding access to HAART: A cost-effective approach for treating and preventing HIV*, dans *AIDS*, vol. 24, n° 12, 2010, p. 1929-1935. Extrait de : http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2010/07310/Expanding_access_to_HAART_a_cost_effective.15.aspx#.

Autres :

BC-CfE. *Expanded HIV treatment will cut costs, prevent new infections: BC study*, novembre 2010. Extrait de : <http://www.cfenet.ubc.ca/news/in-the-news/expanded-hiv-treatment-will-cut-costs-prevent-infections-bc-study>.

Johnston, C. *The STOP HIV/AIDS project: Treatment as prevention in the real world*, 2012. Extrait de : <http://www.catie.ca/pif/spring-2012/stop-hiv-aids-project-treatment-prevention-real-world>.

External Source: <http://www.stophiv aids.ca/>



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

SkinSafe : Programme d'éducation dans les écoles secondaires visant à réduire la prévalence du cancer de la peau chez les adolescents et les jeunes adultes

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde la prévalence croissante du cancer de la peau chez les adolescents et les jeunes adultes. La pratique a été inaugurée dans les écoles secondaires de Colombie-Britannique et comporte la participation de médecins en titre, d'étudiants en médecine et d'étudiants volontaires de premier cycle.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le cancer de la peau est le type de cancer le plus courant au Canada. Les cancers de la peau peuvent être évités en grande partie, bien qu'ils soient davantage prévalents chez les adolescents et les jeunes adultes. En 2011, une campagne de sensibilisation sur la santé de la peau à l'échelle de la province, *SkinSafe*, a été inaugurée par l'entremise du Département de dermatologie à l'Université de la Colombie-Britannique. Selon les estimations, jusqu'à 50 p. cent de l'exposition d'une personne au soleil au cours de sa vie survient avant l'âge de 18 à 21 ans. *SkinSafe* met l'accent sur l'exposition aux rayons ultraviolets chez les adolescents et les jeunes adultes en raison du fait qu'il s'agit du facteur de risque modifiable le plus important contribuant au développement du cancer de la peau.

SkinSafe est une pratique innovatrice de par son style de présentation, qui diffère des approches conventionnelles de sensibilisation du public utilisées pour limiter l'incidence du cancer de la peau chez les jeunes adultes. Le programme est offert à l'aide de présentations interactives et personnalisées en classe, conçues par des étudiants en médecine sous l'égide du corps professoral du Département de dermatologie, et effectuées par des étudiants de premier cycle. Le programme, qui est dirigé uniquement par des volontaires, cible la population des écoles secondaires par l'engagement individuel des élèves sur des sujets tels que la physiologie de la peau, les lésions de la peau, l'apparition de rides et les brûlures; la pathogenèse et l'apparence du cancer de la peau ; l'auto-examen de la peau, les dangers liés aux lits de bronzage et les stratégies de prévention. *SkinSafe* a été mis en œuvre dans près d'une centaine d'écoles secondaires en Colombie-Britannique.

RÉPERCUSSIONS :

Près de 4 622 élèves d'écoles secondaires de Colombie-Britannique ont participé aux présentations *SkinSafe* lors de la phase pilote. Les chercheurs ont documenté les connaissances de base, les attitudes et les comportements de chaque participant ayant trait au cancer de la peau et à la protection contre les rayons ultraviolets. Un an après avoir assisté à la série de séances d'information, les chercheurs ont mené une enquête sur l'incidence à long terme sur les connaissances et les pratiques liées à la santé de la peau des participants. Cette évaluation est parue en 2013 dans le *Journal of the American Academy of Dermatology*.

La moyenne des résultats concernant les connaissances sur le cancer de la peau des participants, c'est-à-dire l'évaluation de leur niveau de compréhension du développement, de la détection et de la prévention du cancer de la peau, s'est accrue de façon considérable comparativement aux résultats de référence (78,1 p. cent c. 60,6 p. cent). Les changements comportementaux les plus importants qui ont été observés sont ceux en faveur des produits autobronzants au lieu des lits de bronzage, ainsi que le pourcentage d'élèves qui ont effectué un auto-examen de la peau au cours du mois dernier. Le pourcentage d'élèves qui comprenaient les valeurs du facteur de protection solaire (FPS) et la nécessité d'une protection double UVA/UVB dans les lotions solaires s'est également amélioré de façon considérable, ainsi que la proportion des élèves qui appliquaient de la lotion solaire sur les parties du corps souvent négligées, comme les lèvres et le dos. Enfin, selon l'étude,



les participants du programme *SkinSafe* présentent un taux d'incidence annuel réduit concernant les coups de soleil comparativement aux données de référence (23,5 p. cent c. 52,6 p. cent).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

SkinSafe est la première initiative de ce genre au Canada et est soutenue chaque année par l'enthousiasme des étudiants volontaires de premier cycle et en médecine. La réussite de *SkinSafe* en Colombie-Britannique a suscité le développement de l'initiative dans d'autres provinces canadiennes, ainsi qu'un partenariat avec la Société canadienne du cancer visant à promouvoir les concepts de la santé de la peau et de la prudence au soleil dans la collectivité.

SITE WEB DE LA PRATIQUE :

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

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lawrence Haiducu

Titre : Étudiant en médecine à la UBC

Organisme : Faculté de médecine de la UBC

Courriel : haiducu@interchange.ubc.ca

Téléphone : 604-575-9022

Dernière mise à jour : 23 août 2013

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

Communications personnelles :

Haiducu, M.L. (rétroaction et examen, 21 août 2013). [SkinSafe].

Publications :

Haiducu, M.L. et D. McLean. (2013). *SkinSafe: An evaluation of the long-term impact of a province-wide sun safety and skin cancer high school education campaign*, dans *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 68, n° 4, 2013, p. AB92.

Autres :

Haiducu, M.L., Sotoodian, B. et D. McLean. *SkinSafe: A Report of the Early Success of a Province-wide Sun Safety and Skin Cancer Education Campaign*, 2012. [Présentation par affiches]. Extrait de : http://www.ubcmj.com/pdf/ubcmj_3_2s_2012.pdf.

Haiducu, M.L. et D.I. McLean. *Impacting health habits through personalized education: The case of excessive UV exposure among teenagers*, 15 mars 2012. [Résumé présenté au Forum sur la recherche médicale de la UBC]. Extrait de : http://www.ubcmj.com/pdf/ubcmj_3_2s_2012.pdf.

External Source: <http://www.skinsafe.info/>



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

Programme Home for Life : Mobilisation de bénévoles dans la collectivité afin de permettre aux aînés de rester à leur domicile)

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

APERÇU : Cette pratique innovatrice consiste en un programme communautaire dirigé par des bénévoles qui aide à relier les aînés qui choisissent de vivre à leur domicile aux services de soins aux aînés appropriés et à d'autres ressources. La pratique a été inaugurée à South Georgian Bay, Ontario, en 2012 en tant qu'initiative de collaboration parmi six organisations dans l'ensemble du continuum de soins.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme *Home for Life* est un nouveau programme à South Georgian Bay (Collingwood, Blue Mountains, Wasaga Beach et Stayner), Ontario, qui suscite la participation de bénévoles afin d'aider les personnes âgées en perte d'autonomie à rester à leur domicile. Le programme relie les aînés aux ressources dont ils ont besoin afin de maintenir leur santé et mieux-être, d'atténuer la pression exercée sur les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux dans la collectivité et de permettre aux aînés qui veulent rester à leur domicile de le faire. Le programme *Home for Life* est dirigé par des bénévoles et appuyé par un groupe de professionnels de la santé à l'échelle locale et d'organismes communautaires.

En vue d'élaborer le programme, six organismes dans l'ensemble du continuum de soins se sont réunis pour susciter la participation de la collectivité afin d'aider les aînés à rester à leur domicile (l'Équipe de santé familiale Georgian Bay, le Collingwood General & Marine Hospital, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) North Simcoe Muskoka, le Centre de santé communautaire South Georgian Bay, Community Connection Central East Ontario et l'établissement de soins de longue durée Sunset Manor du comté de Simcoe). On a suscité la participation de plus d'une centaine de patients, d'aidants naturels, de résidents communautaires et de fournisseurs de première ligne afin d'établir les priorités qui pourraient faire la différence la plus importante pour les aînés qui restent à leur domicile, étant donné qu'il n'y a pas de financement supplémentaire disponible.

Ce groupe a établi et mis en œuvre deux services dirigés par des bénévoles qui fournissent un soutien aux résidents locaux, et continue d'en assurer le fonctionnement :

Service d'accompagnement pour les aînés

Ce service comporte des visites en personne par des bénévoles afin d'aider les personnes âgées en perte d'autonomie à mettre en place des services de santé et autres services dont ils ont besoin afin de rester à leur domicile. Lorsqu'un aîné a recours au programme, un accompagnateur du programme *Home for Life* fixe un rendez-vous à domicile pour effectuer un examen confidentiel des obstacles que connaît la personne âgée. Dans le cadre du programme, on reconnaît que la recherche de services est un processus souvent trop complexe et stressant pour un grand nombre d'aînés qui sont seuls. En reliant les aînés aux services appropriés, le programme aide les aînés à rester à leur domicile, à éviter des déplacements à l'hôpital et à réduire les facteurs dans leur environnement qui sont susceptibles de les mettre à risque. Ces services sont souvent des services de soins de santé, mais comprennent également les services liés au transport, à l'entretien ménager et à la socialisation. Des bénévoles peuvent également s'offrir pour faire des visites amicales ou aider à effectuer les travaux ménagers.

Programme de formation en technologie

Ce programme aide les aînés isolés à apprendre à se servir de la technologie afin de leur permettre de rester en contact avec leur famille, leurs amis et d'autres personnes faisant partie de leur réseau de soutien. Des formateurs en technologie enseignent aux aînés à se servir d'un ordinateur, du courrier électronique, de Skype et d'Internet.



Le financement du programme a été offert par le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de North Simcoe Muskoka pour la période de décembre 2012-2013. Cela assure le financement de deux postes à temps plein (gestionnaire de programme et coordonnateur bénévole) et d'un adjoint administratif à temps partiel.

RÉPERCUSSIONS :

On est actuellement à mettre en place des processus d'évaluation formelle, bien qu'il y ait de nombreuses sources non confirmées selon lesquelles ce programme comporte des répercussions positives. Par exemple :

- Les aînés qui avaient besoin d'aide auparavant sont identifiés et un soutien leur est offert.
- Les aînés qui ne sont pas encore en situation de crise obtiennent les services appropriés afin de maintenir proactivement leur santé.
- Les deux services abordent la solitude et l'isolement chez les personnes âgées qui résident dans la collectivité. Cela permet d'améliorer leur fonctionnement physique et mental, et de réduire l'utilisation des travailleurs de la santé pour les contacts sociaux.
- Un grand nombre de bénévoles sont eux-mêmes des aînés et se portent volontaires pour demeurer actif et participer à la vie communautaire. Dans le cadre du programme, on a également commencé à faire de la sensibilisation auprès de jeunes volontaires au sein de la collectivité.

On croit que le programme constitue une valeur ajoutée pour les aînés qui peuvent s'offrir les services et ceux qui ne peuvent le faire. Ceux qui peuvent s'offrir les services se trouvent rapidement reliés au bon service, tandis que ceux qui n'en ont pas les moyens obtiennent un soutien gratuit bénévole. Cela comprend une myriade d'activités gratuites comme des évaluations de sécurité à la maison, l'installation d'appareils de sécurité, faire l'épicerie, les travaux d'entretien extérieurs et de menus travaux de réparation à la maison. Les deux expériences feront l'objet d'une évaluation.

Bien qu'une analyse formelle des économies n'ait pas encore été réalisée, South Georgian Bay prévoit qu'au fur et à mesure que le programme évoluera, il permettra aux systèmes de santé et de soins de longue durée d'économiser jusqu'à 1 million de dollars par année, et continuera de produire des économies supplémentaires tout au cours de son développement.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien que le programme *Home for Life* desserve seulement quatre collectivités à South Georgian Bay, le calendrier des allocutions, le site Web du programme et la page Facebook du programme suscitent d'autres demandes des régions avoisinantes de Barrie à Owen Sound. Le programme est, en théorie, applicable à d'autres collectivités et ses résultats positifs sont susceptibles d'être reproduits. Le programme a également suscité l'intérêt de la part d'autres organismes; plusieurs centres de santé communautaires étudient et mettent en œuvre actuellement l'ensemble ou une partie de ce programme.

Le programme *Home for Life* est, en théorie, applicable aux collectivités urbaines et rurales. Dans le cadre de l'application du programme en milieu urbain, on peut choisir d'utiliser les sous-collectivités préexistantes telles que les communautés ethniques, les communautés religieuses et les quartiers. Le modèle de soins communautaires dirigé par des bénévoles peut également être adapté aux fins d'utilisation pour d'autres populations, telles que les jeunes vulnérables ou ceux qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Parmi les aspects à considérer et les suggestions concernant la mise en œuvre de ce programme, mentionnons les suivants :

- Le programme *Home for Life* comporte un modèle de gestion facile à reproduire et est dirigé par des bénévoles.
- Un défi important consiste à sensibiliser et à informer les médecins, les organismes locaux, les aînés et d'autres intervenants, à l'aide d'un calendrier des allocutions et de publicités.
- Un autre défi principal est que la plupart des aînés qui ont besoin d'aide ne peuvent s'offrir les services disponibles et les listes d'attente pour les services gratuits sont longues. Lors de l'adoption du programme, il est important d'attirer des bénévoles qui aiment aider les aînés et sont prêts à offrir ces services gratuitement.
- Le maintien du personnel pour les principaux postes aide à assurer la stabilité du programme et le soutien pour les bénévoles. La formation de bénévoles doit être simple, constructive et souple.
- Se préparer au roulement des bénévoles et aux changements liés à la disponibilité saisonnière. Accueillir une vaste gamme de bénévoles; le programme *Home for Life* a débuté essentiellement avec l'aide de personnes âgées bénévoles mais a rapidement évolué vers une démographie plus jeune afin d'offrir des possibilités aux jeunes de la



collectivité.

- Célébrer les réussites et s'efforcer dans toute la mesure du possible d'établir des partenariats et de faire la promotion du programme à l'aide de tous les types de médias, de groupes communautaires ou religieux, d'organismes et de sites Web.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Albert Henriques

Titre : Directeur exécutif

Organisme : South Georgian Bay Community Health Centre

Courriel : ahenriques@southgeorgianbaychc.ca

Téléphone : [705-422-0900](tel:705-422-0900), poste 103

Dernière mise à jour : 24 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Henriques, A. (examen et rétroaction, juillet 2013).

Autres :

Henriques, A. Présentation de résumé dans le cadre du Symposium national sur les soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

External Source: <http://www.homeforlifesgb.com/>



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

Gestion de cas à l'échelle du système

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

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore la coordination des soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Le modèle de gestion de cas à l'échelle du système fut inauguré d'abord dans la région de Calgary en Alberta en janvier 2008 en tant que projet pilote d'une durée de 18 mois. À cette époque, on a fait l'embauche de sept gestionnaires de cas et en l'espace d'un an, plus de 200 clients étaient inscrits dans le cadre du programme. Bien que le modèle ait changé par rapport à sa portée initiale et à ses objectifs en matière de population de patients, la gestion de cas à l'échelle du système est encore en vigueur dans les établissements de soins communautaires de la région de Calgary.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Au cours de sa phase initiale en tant que programme pilote, la gestion de cas à l'échelle du système était conçue pour desservir quatre groupes de population de patients : les patients atteints de sclérose en plaques (SP), les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA), les cas de santé mentale liés aux traumatismes crâniens et les cas de démence. Deux rôles étaient conçus pour offrir les services du programme de gestion de cas à l'échelle du système. Le premier rôle était celui du gestionnaire de cas, qui était responsable de superviser l'orientation des patients tout au cours de l'approche en matière de soins. Parmi les principales fonctions faisant partie du travail des gestionnaires de cas, mentionnons l'admission des patients, l'évaluation, la planification des soins, la réévaluation, les congés et la transition. Les gestionnaires de cas étaient considérés des experts en ce qui concerne les options en matière de traitements et de programmes offertes, en reliant les services pour les cas particulièrement complexes, et en améliorant la communication à l'aide de l'élaboration d'un système de rapport entre les patients, les gestionnaires de projet de soins et les fournisseurs. Le deuxième rôle était celui du gestionnaire de projet, qui était responsable de superviser le travail du gestionnaire de cas. Les deux intervenants travaillaient ensemble afin de favoriser des modèles de gestion de cas plus généraux comprenant la promotion, l'établissement de relations, l'éducation, la liaison des ressources et l'intervention directe avec d'autres membres des équipes de soins de santé. Les rôles particuliers dépendaient de l'établissement du contexte, des ressources et des besoins des patients et des clients.

Une fois que le projet a dépassé sa phase pilote, les coûts d'exploitation de ces services ont été absorbés dans le budget de fonctionnement général d'Alberta Health Services. Toutefois, le programme a subi des changements importants de 2009 à 2012 en raison des initiatives de restructuration plus générales à l'échelle provinciale. Le rôle de gestionnaire de projet a été supprimé vers la fin de 2008. De plus, le programme existe actuellement pour la gestion des cas de démence seulement, puisque l'on a établi qu'il s'agissait du groupe de population de patients qui bénéficiaient le plus de ces services par rapport aux intrants des ressources humaines.

RÉPERCUSSIONS :

Pour évaluer l'incidence qualitative de ce projet pilote, on a mené près d'une centaine d'entrevues auprès des clients, des aidants naturels, des familles, des professionnels de la santé, des gestionnaires de cas à l'échelle du système et des membres du groupe de travail au milieu et à la fin de la phase pilote en février 2009. Parmi les répondants, il y avait un consensus concernant l'accès accru et l'intégration des services pour les patients et leur famille. On a également recueilli des données sur les soins de courte durée, mais en raison de la taille de l'échantillon et de l'absence de groupe de comparaison, aucune analyse quantitative n'était possible pour l'ensemble de données en question. (Les conditions relatives à la continuité de l'initiative devaient compenser les évaluations des incidences positives avec les prévisions en matière d'affectation des ressources.)

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le poste de gestionnaire de cas à l'échelle du système est semblable à d'autres postes, comme les intervenants-pivots ou les coordonnateurs de soins au Canada. Toutefois, cette initiative s'appuie notamment sur ses objectifs bien précis en matière de population et son cadre d'évaluation. Le cadre d'évaluation a été établi selon le cadre de gestion de cas et de gestion de cas pour les clients des soins continus de Calgary Health Region, la charte de projet de gestion de cas à l'échelle du système et le *Case Management Workshop Workbook* (manuel de gestion de cas) de la McMaster University. Parmi les principaux facteurs



établis contribuant à la réussite de ce programme, mentionnons les partenariats de collaboration, le soutien des pratiques cliniques, la dotation, la prestation de services, les populations cibles, les objectifs, les résultats et les charges professionnelles appropriées. Alors que le programme se poursuit, les gestionnaires de programme mettent l'accent sur la nécessité d'une normalisation accrue des lignes directrices aux fins d'admission et d'évaluation des clients, de planification des soins, de réévaluation et de planification des congés plus particulièrement. Une évaluation de la gestion de cas à l'échelle de la province doit paraître en mars 2014.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Barbra LeMarquand-Unich

Titre : Directrice exécutive (par intérim)

Organisme : Integrated Seniors and Continuing Care (Calgary Zone)

Courriel : barbra.lemarquand-unich@albertahealthservices.ca

Téléphone : 403-943-0252

Dernière mise à jour : 8 août 2013

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

Publications

Trojan, L. et G.G. Armitage. *Evaluation report: System-wide case management*, Health Systems & Workforce Research Unit, Calgary Health Region, 2009. Extrait de :

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-hswru-case-management-report-2009.pdf>.

Communications personnelles :

LeMarquand-Unich, B. (entrevue en date du 8 août 2013).

External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=7573>



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

Équipes de santé d'infirmières et infirmiers et de diététiciens pour prévenir les complications liées au diabète

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

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore la qualité du contrôle du diabète en ayant recours à des équipes interprofessionnelles de soins de santé effectuant des interventions auprès des personnes âgées de 17 ans et plus atteintes de diabète et d'hypertension ou d'albuminurie. Le projet pilote initial a été inauguré dans cinq collectivités au nord de l'Alberta en 2004. On a développé depuis le programme dans huit collectivités au total (deux collectivités urbaines et six rurales), desservant plus de 3 000 patients.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Pour aborder le fardeau de plus en plus grandissant du diabète et de la maladie chronique du rein, on a mis sur pied des équipes interprofessionnelles afin d'inclure une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et un diététicien autorisé dans les cliniques comportant un endocrinologue, un néphrologue, une infirmière ou un infirmier praticien avancé et gestionnaire de projet, un pharmacien et un commis. Parmi les fonctions de l'infirmière ou de l'infirmier et du diététicien, mentionnons la promotion de l'élaboration et de l'utilisation de lignes directrices et protocoles fondés sur des données probantes, aidant à contrôler les facteurs de risque à l'aide d'une assistance professionnelle sur le mode de vie, de suivis réguliers et de l'adaptation d'interventions multifactorielles selon le perfectionnement individuel.

On a fait la promotion des cliniques auprès des fournisseurs de soins de santé afin d'entreprendre le processus d'orientation-recours. L'admission de nouveaux patients comprenait une évaluation normalisée menée par l'infirmière ou l'infirmier et le diététicien (d'une durée de deux heures); les visites subséquentes étaient d'une durée d'une heure et on a envoyé les rapports de chaque visite au médecin orienteur. Le programme d'éducation pour les infirmières et infirmiers et diététiciens associés à la mise en place de ce modèle de soins comprenait un programme de formation initiale en classe d'une durée de cinq jours, suivi de séances de formation mensuelles d'une journée, de séances de télésanté toutes les deux semaines et d'un mentorat continu sur place par l'infirmière ou l'infirmier praticien avancé du programme.

Au départ, le projet pilote était financé par le gouvernement provincial, avec un budget initial de 800 000 dollars par année. Le financement relève maintenant du Programme rénal du nord de l'Alberta, et de la régie régionale de la santé en tant qu'employeur intérimaire.

RÉPERCUSSIONS :

Lors de la période initiale de collecte de données entre 2004 et 2005, on a reçu 570 clients dirigés, dont 99 p. cent étaient admissibles et provenaient essentiellement de médecins de famille (au lieu de spécialistes). Une période d'évaluation plus longue s'est poursuivie jusqu'en 2007, au cours de laquelle on a effectué le suivi de 235 patients pendant une année d'obtention de services. On a signalé des améliorations importantes du point de vue clinique chez les patients pour l'ensemble des indicateurs en ce qui concerne la tension artérielle, la glycémie, les taux de lipide et l'albuminurie. Toutefois, les patients qui ne respectaient pas les changements de mode de vie comme le renoncement au tabac présentaient de moins bons résultats cliniques. La réussite a été attribuée au rôle de l'équipe interprofessionnelle et aux visites de suivi visant à renforcer les conseils des médecins pour mettre en pratique les changements de mode de vie. Le coût des visites de suivi s'élevait à 130 dollars chacune, mais aucune évaluation officielle du rapport coût-efficacité n'a été effectuée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique innovatrice est considérée transférable, tel que le démontre son développement dans d'autres collectivités du nord de l'Alberta suivant la période initiale du projet pilote. Bien que l'une des premières cliniques à Red Deer soit fermée, il y



à maintenant huit collectivités hébergeant ces cliniques interprofessionnelles, qui effectuent le suivi de 1 800 patients au total. Parmi les cliniques actives, mentionnons les suivantes :

- Edmonton, Centre de santé communautaire du Nord-Est (date d'établissement en janvier 2004);
- Vermilion (date d'établissement en janvier 2004);
- Hinton (date d'établissement en janvier 2004);
- Wetaskiwin (date d'établissement en janvier 2004);
- Edmonton, Hôpital des Sœurs-grises (date d'établissement en octobre 2005);
- Edson (date d'établissement en janvier 2007);
- Grande Prairie (date d'établissement en février 2007);
- Fort McMurray (date d'établissement en juin 2008).

Parmi les défis dans le cadre du contexte qui ont été notés, mentionnons la sous-utilisation continue de thérapies éprouvées, la pénurie de médecins en milieu rural et les systèmes de paiement à l'acte qui ne sont pas conformes à la gestion continue des maladies chroniques. En ce qui a trait notamment à la mise en place de nouveaux programmes, une communication méthodique s'avérait nécessaire afin d'établir la confiance concernant la transcendance des rôles traditionnels exercés par les infirmières et infirmiers autorisés et de gérer les perceptions concernant le recoupement des services avec les programmes préexistants. Parmi les principaux facteurs contribuant à la réussite de ce programme, mentionnons le partenariat avec les régions régionales de la santé et la réception positive des collectivités participantes.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Carolyn Good

Titre : Coordinatrice du bureau

Organisme : Diabetic Nephropathy Prevention Clinics (cliniques de prévention de la néphropathie diabétique), Alberta Health Services

Courriel : carolyn.good@albertahealthservices.ca

Téléphone : 780-407-1443

Dernière mise à jour : 26 juillet 2013

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

Publications :

Senior, P.A., MacNair, L. et K. Jindal. *Delivery of multifactorial interventions by nurse and dietitian teams in a community setting to prevent diabetic complications: A quality improvement report*, dans *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 51, n° 3, 2008, p. 425-434. Extrait de : <http://www.ajkd.org/article/S0272-6386%2807%2901586-7/abstract>.

Gamble, J.M., Hoang, H., Eurich, D.T., Jindal, K.K. et P.A. Senior. *Patient level evaluation of community-based, multifactorial intervention to prevent diabetic nephropathy in northern Alberta, Canada*, dans *Journal of Primary Care & Community Health*, vol. 3, 2012, p. 111-119. Extrait de : <http://jpc.sagepub.com/content/3/2/111.full.pdf+html>.

Communications personnelles :

Senior, P.A. (25 juillet 2013). [Professeur adjoint et chercheur principal, Université de l'Alberta].

McKenzie, J. (July 25, 2013). [Gestionnaire de projet, Alberta Health Services].



External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001687>



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

Liaison en santé mentale

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

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore le niveau de coordination et l'accessibilité des services de santé mentale en milieu rural en Alberta en offrant un lien direct entre les médecins, les infirmières et infirmiers et les patients. En 2004, on a ajouté un nouveau poste de liaison en santé mentale dans le cadre du programme d'accès et d'intervention précoce de Mental Health Services dans la collectivité de Rocky Mountain House, Alberta. Il y a maintenant 27 postes de liaison en santé mentale dans la région centrale de la province.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Parmi les principales lacunes concernant les services de soins de santé à Rocky Mountain House et dans les collectivités autochtones avoisinantes, mentionnons la mauvaise coordination et continuité des services de santé mentale; la qualité, l'accessibilité et la connaissance inadéquates des ressources disponibles de même que le faible nombre de professionnels de la santé mentale expérimentés. Par conséquent, l'établissement d'un poste de liaison en santé mentale provenait de la nécessité d'améliorer ces lacunes en matière de services afin de mieux répondre aux besoins de la population. Cette nécessité était appuyée par la volonté politique au niveau régional conformément au Provincial Mental Health Plan (plan provincial de la santé mentale). Le poste était conçu pour un établissement de soins de santé non psychiatriques en milieu rural et comportait un champ d'exercice plus vaste afin d'inclure toute tâche parmi les suivantes : intervention directe et indirecte auprès des clients, consultation et évaluation de la santé mentale, intervention en cas de crise, counseling par encouragement, suivi de thérapie brève, défense des droits, mentorat par le personnel, éducation, premiers soins psychologiques, recherche, prévention et promotion en santé mentale, et plus. Le champ d'exercice à proprement parler pour un service de liaison en santé mentale donné dans une collectivité particulière est déterminé par les besoins de la population, les questionnaires en santé mentale et les dirigeants de l'établissement. Un financement permanent pour la continuation de ce poste a été obtenu à l'aide de diverses ententes en matière d'annualisation des programmes d'aide à l'innovation de la province, de la restructuration des budgets gérés par les institutions et de l'adaptation du champ d'exercice pour les postes libérés.

RÉPERCUSSIONS :

La mise en place de ce nouveau poste à Rocky Mountain House a fait l'objet d'une première évaluation en 2005 à l'aide d'une enquête par questionnaire menée auprès de 116 médecins, membres du personnel hospitalier et travailleurs communautaires en santé mentale. Avec un taux de réponse de 50 p. cent, il y a eu un soutien unanime selon lequel le service de liaison en santé mentale répondait aux besoins de la collectivité qui étaient non satisfaits auparavant. On a noté des améliorations en ce qui concerne la pertinence des soins de santé mentale offerts, le soutien aux clients, au personnel et aux médecins, la continuité des soins à l'aide de services de suivi et la cohérence quant à la coordination des soins. Bien que les résultats des rapports détaillés soient systématiquement positifs, reflétant l'acceptation générale de ce poste au sein de cette collectivité, il est important de noter que les résultats de Rocky Mountain House sont fortement tributaires de la personnalité, et les données ont donc une validité externe limitée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La mise en place initiale du poste de liaison en santé mentale en Alberta est fortement influencée par le développement de rôles similaires en milieu rural en Australie. Bien qu'il ne soit pas officiellement documenté, on a développé le rôle de liaison en santé mentale à Rocky Mountain House en créant sept autres postes au cours de la première année de la mise en place, et il est maintenant exercé par 27 fournisseurs de soins de santé au total (essentiellement des infirmières et infirmiers) dans la région du centre de l'Alberta. Les collectivités hébergeant des postes de liaison en santé mentale sont les suivantes :

- 1 poste à temps plein : Consort-Castor-Coronation, Drayton Valley, Hanna, Hardisty, Innisfail, Killiam, Lamont, Olds, Ponoka, Rocky Mountain House, Stettler, Sundre, Tofield, Vegreville, Vermilion et Wainwright, Provost
- 1 poste à temps partiel : Sylvan Lake



- 2 postes à temps plein : Camrose, Lacombe, Westaskiwin

- 2 postes à temps partiel : Red Deer, Three Hills

Le poste initial de liaison en santé mentale à Rocky Mountain House est également lié à l'intégration des services de liaison en santé mentale pour le compte du Comité national canadien pour la liaison entre les services de police et les réseaux de la santé mentale (<http://www.pmhl.ca/index.html>), et est responsable d'un rôle similaire (consultant en santé mentale) qui est encore en place dans la collectivité de Drumheller. D'autres postes de liaison en santé mentale similaires ont été créés de façon indépendante au Canada, indiquant le degré de pertinence et la transférabilité de cette pratique innovatrice.

Selon l'évaluation de 2005, parmi les questions importantes à aborder pour le développement accru des postes de liaison en santé mentale, mentionnons les suivantes :

- un soutien pour prévenir l'épuisement professionnel, étant donné que les responsabilités recoupent celles des médecins, des infirmières et infirmiers et du personnel, et que les titulaires s'efforcent d'offrir des services de plus en plus accessibles, souvent en dehors des heures normales de travail;
- la divergence entre les attentes des patients et la culture professionnelle des médecins, des infirmières et infirmiers et du personnel;
- l'établissement d'une rémunération appropriée.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Gloria Bruggencate

Titre : Instructrice

Organisme : Mental Health Services

Courriel : gbruggencate@dthr.ab.ca

Téléphone : 403-783-7907

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants : Dernière mise à jour : 31 juillet 2013

Publications :

Brinkman, K., Hunks, D., Bruggencate, G. et S. Clelland. *Evaluation of a new mental health liaison role in a rural health center in Rocky Mountain House, Alberta: A Canadian story*, dans *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 18, n° 1, 2009, p. 42-52. Extrait de : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2008.00582.x/abstract>.

Communications personnelles :

Bruggencate, G. (31 juillet 2013).

External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=saf&rid=1017161>



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

Le plan d'action pour les Premières nations de la Saskatchewan dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

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

APERÇU : Cette pratique novatrice propose un plan pour diminuer l'incidence et les effets du diabète de type 2 parmi les membres des Premières nations. Lancée dans les 78 Premières nations de la Saskatchewan, la pratique faisait appel à des représentants de ces communautés et de Santé Canada.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le plan d'action pour les Premières nations dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) prévoit une stratégie pour le traitement et la gestion du diabète. Le plan vise à diminuer l'incidence et les effets du diabète de type 2 parmi les membres des Premières nations et, ultimement, à améliorer la maîtrise de la glycémie ainsi que la qualité de vie des personnes diabétiques. Le plan cible les personnes âgées et les autres membres des communautés des Premières nations de la Saskatchewan et prévoit des stratégies, des renseignements et des outils qui permettront aux personnes diabétiques de prendre leur bien-être en main plus efficacement.

Les initiatives pour aborder les répercussions des taux élevés de diabète de type 2 parmi la population des Premières nations se concentrent généralement sur l'activité physique et l'alimentation. Le plan d'action pour les Premières nations dans le cadre de l'IDA de la Saskatchewan préconise un changement de paradigme important qui s'éloigne du traitement de la maladie (un modèle de soins actifs) pour s'orienter vers la prise en charge du mieux-être (un modèle de soins pour les malades chroniques) et qui incite Santé Canada à faire la promotion de la santé au lieu de se limiter à offrir du financement. Le plan, qui a été conçu en consultation avec les membres des Premières nations, s'inspire du Discovering Learning Model, un modèle de soins créé en Arizona. Les communautés des Premières nations tiennent des séances de formation communautaires d'une durée de trois jours afin de préparer les professionnels de la santé et les travailleurs en santé communautaire à devenir des gestionnaires du diabète. La formation permet de transmettre les connaissances et les compétences aux participants dans des domaines, comme le dépistage du diabète et les techniques d'entrevues motivationnelles, qui sont orientés sur les besoins du patient. La formation ne s'adresse pas à l'ensemble de la population; elle montre plutôt aux travailleurs de la santé, dont une proportion importante est atteinte du diabète, à éduquer et à soigner à l'intérieur de la réserve.

Le plan répond aux besoins distincts des aînés des Premières nations en aidant les membres de la communauté à connaître et à comprendre le diabète, en favorisant l'autogestion individuelle et en proposant un modèle fondé sur les forces pour le traitement et la gestion du diabète. Le plan a été conçu et mis sur pied en partenariat avec les Premières nations de la Saskatchewan avec les conseils et l'orientation des aînés. Même si le plan d'action dans le cadre de l'IDA ne deviendra probablement pas un programme permanent, il pourrait apporter des changements durables. Jusqu'à présent, 500 participants qui représentent les Premières nations et les régions sanitaires des quatre coins de la province ont suivi la formation.

Le plan bénéficie d'un soutien de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones fédérale.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice, qui est en place depuis le mois de mars 2009, n'a pas fait l'objet d'une évaluation à ce stade-ci. Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique pourrait donner des résultats positifs sur la santé. Une façon de mesurer officiellement la réussite du plan pourrait être les taux d'inscription aux séances de formation de trois jours dont le nombre de places ne suffisait pas à répondre à la demande. On a également constaté que les fournisseurs et les travailleurs de la santé qui ont pris part à la formation avaient modifié leurs comportements.

En favorisant une meilleure autogestion et prise en charge par les personnes diabétiques, par exemple, la pratique pourrait



engendrer des économies à court terme, en réduisant les visites à l'hôpital, et à long terme, en diminuant les risques et la fréquence des maladies liées au diabète.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le plan d'action pour les Premières nations de la Saskatchewan dans le cadre de l'IDA intègre le Discovery Learning Model conçu en Arizona, qui a été modifié en collaboration avec les communautés des Premières nations de la Saskatchewan afin de répondre à leurs besoins distincts. Le plan d'action pour les Premières nations dans le cadre de l'IDA n'a pas été mis en place ailleurs, même si des responsables de programmes au Canada et aux États-Unis ont fait des démarches afin d'en apprendre davantage sur ce programme.

Les leçons tirées susceptibles d'avoir une incidence sur l'applicabilité ou la transférabilité du programme consistent notamment à examiner de près le contexte dans lequel le modèle pourrait être mis application, à s'assurer de bien comprendre le programme et à concevoir un système ou un plan qui cadre avec ce contexte et qui mène aux résultats visés.

PERSONNE-RESSOURCE

Name: Barbara MacDonald, inf. aut., B.Sc.Inf., EAD

Titre : Infirmière-conseil, Services de santé communautaires

Organisme : La division des soins de santé primaires et des services cliniques, Santé des Premières nations et des Inuits, région de la Saskatchewan, Santé Canada

Courriel : barbara.macdonald@hc-sc.gc.ca

Téléphone : 306-780 5747

Dernière mise à jour : Le 15 juillet 2013

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

Communications personnelles :

MacDonald, B. (entrevue et rétroaction, 15 juillet 2013). [Santé des Premières nations et des Inuits, région de la Saskatchewan].

Autre :

MacDonald, B., Engel, K., Climenhaga, D., Compton, K., Quewezance, S. et Langley, S. (2013). *Diabetes care and management in Saskatchewan First Nations: A province-wide approach*. [Notes de présentation]. Extrait de : <http://prezi.com/f0fc6g2fi3w3/mho-presentation/>



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

Le département de la Santé et du Mieux-être des Premières nations de Carcross-Tagish incite les jeunes à prendre soin des aînés et à prévenir les mauvais traitements à leur égard

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la nécessité de renforcer la capacité des familles, de la communauté et des fournisseurs de prendre soin des aînés et de permettre à ces derniers de demeurer à la maison en toute sécurité et plus longtemps. Une communauté éloignée du Yukon a pris une approche stratégique afin de responsabiliser davantage les jeunes, de diminuer les mauvais traitements infligés aux personnes âgées et d'étoffer le programme de soins à domicile en mettant cette pratique en place en 2011.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La principale préoccupation qui devait être abordée était la nécessité de renforcer la capacité des familles et de la communauté de prendre soin des aînés afin de répondre plus efficacement à leurs besoins et d'alléger, en partie, la charge de travail des intervenants du programme de soins à domicile. Il fallait tendre la main aux familles, les aider à prendre soin de leurs aînés et aborder les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.

Afin de briser le cycle générationnel des jeunes qui dépendent de l'aide sociale et de diminuer l'abus de drogues et d'alcool, un programme d'emploi de transition a été mis sur pied en s'inspirant d'un modèle de pratiques exemplaires aux États-Unis. Le chef, le personnel des Premières nations de Carcross-Tagish et un représentant du ministère de l'Éducation du Yukon se sont rendus à Chelsea, dans le Massachusetts, afin de se renseigner sur le modèle et de voir de quelles façons il permet aux jeunes de retourner aux études ou au travail. Comme il fallait renforcer les capacités pour prendre soin des aînés, on a décidé de mettre les besoins des personnes âgées en premier le moment venu de déterminer les possibilités d'emploi pour les jeunes.

Les jeunes ont été jumelés à un travailleur d'approche afin de dresser un plan d'intervention ensemble dans le but de déterminer leurs objectifs et leurs aspirations en termes d'études et d'expérience. Les travaux réalisés par les jeunes consistaient, par exemple, à ramasser, à couper et à empiler du bois afin que les personnes âgées puissent chauffer leur maison, à déneiger les entrées, à entretenir les terrains, à inspecter les maisons afin de déceler les problèmes de sécurité, à faire des réparations, à installer des rampes et à aider les aînés avec le tannage des peaux. En échange, les jeunes étaient bien rémunérés (à raison de 15 \$ de l'heure) et recevaient des références en rapport avec le travail afin de les mettre dans la bonne voie. Ils ont appris qu'ils doivent être responsables et que *l'aide sociale* est une assistance temporaire pour les personnes qui sont dans des situations précaires, et non un mode de vie.

Différentes stratégies ont été mises sur pied afin d'aborder les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Ces mauvais traitements prenaient le plus souvent la forme d'une exploitation financière par un adulte, un enfant ou un petit-enfant. Les gens dépensaient leur aide financière temporaire pour se procurer de l'alcool et des drogues, puis ils s'attendaient à être nourris et hébergés par la personne âgée. Ces individus ont été informés que le gouvernement et la communauté étaient au courant de l'exploitation et qu'elle ne serait pas tolérée. Les bénéficiaires d'une aide financière temporaire reçoivent maintenant des bons de commande libellés au nom d'un travailleur d'approche afin d'empêcher les prestataires qui souffrent d'une toxicomanie de les vendre. Si nécessaire, le bon de commande est divisé en deux afin que seulement la moitié de la somme puisse être dépensée au cours des deux premières semaines du mois, en réservant l'autre moitié pour les deux dernières semaines. Autrement, si toute la nourriture était achetée en même temps, la personne pouvait la vendre contre de l'argent.

Le programme d'approche a également été étoffé à l'aide de plusieurs initiatives. Les membres du personnel collaboraient avec les familles afin de les aider à mieux comprendre et assumer leurs responsabilités envers les aînés. Ils faisaient



également des visites aux domiciles des aînés afin de s'enquérir de leurs préoccupations et de leurs besoins. On a fait l'acquisition de véhicules afin de conduire les personnes âgées à leurs rendez-vous chez le médecin et les travailleurs d'approche les accompagnaient à titre de conseillers afin de s'assurer que les aînés comprenaient bien les renseignements qui leur étaient donnés. Afin de diminuer l'isolement social, on a organisé des thés communautaires qui réunissaient, chaque semaine, des aînés des Premières nations et des aînés non autochtones. Des gens qui étaient des voisins depuis des années sans jamais avoir noué de relations deviennent maintenant des amis. On a également organisé d'autres activités traditionnelles, comme la cueillette de petits fruits. Des réunions mensuelles entre les organismes réunissent maintenant des représentants du département de la Santé et du Mieux-être et d'autres organisations afin d'améliorer la collaboration. Les capacités des travailleurs qui offrent des soins à domicile ont été renforcées à l'aide d'activités de formation et d'une bonification de la rémunération destinée à favoriser le maintien en poste.

Ces initiatives sont soutenues par le gouvernement des Premières nations de Carcross-Tagish. La démarche de cette communauté est unique dans le sens où elle s'efforce de régler des problèmes multiples et complexes en trouvant des solutions qui sortent des sentiers battus.

RÉPERCUSSIONS :

Les témoignages personnels et les discussions avec le personnel, les familles et les aînés donnent à entendre que le programme d'emploi de transition a beaucoup aidé les personnes âgées à demeurer chez elles. Les aînés sont plus heureux et moins frustrés, car ils peuvent sortir en hiver maintenant que leur entrée est déneigée plus tôt. Ils ont du bois pour chauffer leur maison et leur habitation est plus sécuritaire. Les jeunes font des progrès en devenant plus responsables et ils peuvent postuler pour des emplois en dehors de leur communauté puisqu'ils ont des références.

Même s'il s'agit d'une stratégie relativement nouvelle, les bons de commande semblent porter fruit. Les travailleurs d'approche constatent qu'il y a de la nourriture dans les maisons et les aînés sont plus heureux. Dans l'ensemble, les familles sont invitées et encouragées à s'occuper davantage des soins des aînés. Les membres de la famille sont reconnaissants; ils apprécient la responsabilité partagée et ils se sentent moins stressés en sachant qu'une équipe contribue au bien-être de leurs aînés. Cela les motive à s'investir, car la tâche n'est pas aussi lourde.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique novatrice n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, elle peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Une leçon importante à retenir est que l'autonomie gouvernementale procure suffisamment de souplesse pour répondre aux besoins de la communauté. Les principaux éléments qui contribuent à la réussite sont l'autonomie gouvernementale, un solide soutien de la part du gouvernement des Premières nations envers les aînés, des travailleurs d'approche, des travailleurs qui offrent des soins à domicile, un accord universel qui accorde la priorité aux besoins des aînés, un travail d'équipe et des communications fréquentes.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Roberta Shepherd

Titre : Gestionnaire des programmes d'approche

Organisme : Premières nations de Carcross-Tagish

Courriel : roberta.shepherd@ctfn.ca

Téléphone : 867 821-4251, poste 8232

Dernière mise à jour : Le 25 septembre 2013

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

Communications personnelles :

Shepherd, R. (entrevue et rétroaction, 14 août 2013). [Premières nations de Carcross-Tagish].

External Source: <http://www.ctfn.ca/>



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

Sip Smart! BC™

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

APERÇU : Inaugurée en 2009, cette pratique innovatrice fait la promotion de la sensibilisation aux conséquences négatives sur la santé de consommer des boissons sucrées et fait la promotion de la consommation de choix de boissons santé. L'élaboration du programme nécessitait un bureau de projet, des développeurs de contenu, des agents de liaison avec les écoles et des formateurs.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Sip Smart! BC™ fut amorcée en 2007 par l'entremise de la BC Healthy Living Alliance, la BC Pediatric Society et la Heart and Stroke Foundation of BC & Yukon. Elle fut inaugurée en 2009 à l'aide du financement du gouvernement de la Colombie-Britannique. Le programme a pour but d'accroître la sensibilisation des enfants concernant les effets négatifs sur la santé liés à la consommation de boissons sucrées. Le programme a été établi au cours d'une période de deux ans et mis à l'essai dans plus de 230 classes d'élèves de la quatrième, cinquième et sixième année. L'élaboration du programme nécessitait un gestionnaire de projet, des développeurs de contenu, des agents de liaison avec les écoles et du personnel enseignant. Le programme comprend des leçons et activités scolaires visant à éduquer les enfants à propos des boissons sucrées et à faire des choix de boissons santé. Le Sip Smart! BC™ *Teacher Resource Guide* (TRG) (guide de ressources de l'enseignant Sip Smart! BC™) comporte cinq leçons interactives et une série d'outils d'évaluation. Le contenu est conforme aux résultats d'apprentissage prescrits par le ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique (c.-à-d. les normes de programme) pour la quatrième à la sixième année. Neuf messages principaux sont réitérés à de multiples reprises dans le cadre du programme à l'appui du maintien de l'acquis. La Heart and Stroke Foundation of BC & Yukon (par l'entremise du programme HeartSmart Kids™) et Action Schools! BC ont distribué les premiers documents imprimés jusqu'à ce que les stocks soient épuisés, et la documentation du TRG peut être téléchargée par tout enseignant de la Colombie-Britannique. Parmi les autres ressources en ligne, mentionnons une brochure pour les familles (disponible en anglais, en français, en pendjabi et en chinois), une présentation pour les groupes consultatifs de parents et une séance d'introduction d'une heure à l'intention des enseignants et des administrateurs d'écoles. À l'heure actuelle, la BC Pediatric Society et la Heart and Stroke Foundation of BC & Yukon collaborent en ce qui concerne la supervision des activités du programme.

Cette pratique est considérée innovatrice en raison de son intégration dans le cadre d'une stratégie provinciale plus importante (Healthy Schools BC), qui utilise une approche globale en matière de santé scolaire. Également, elle est facile d'utilisation pour les enseignants, et suscite la participation des élèves à des activités amusantes et éducatives.

RÉPERCUSSIONS :

En 2009, le projet pilote Sip Smart! BC™ faisait partie d'une évaluation officielle des résultats. Une étude de contrôle de grappes a été menée afin de déterminer l'incidence du programme sur les connaissances des participants concernant les boissons sucrées et les choix de boissons santé, et leur consommation de boissons. Selon les résultats, qui s'appuyaient sur des données déclarées volontairement, les élèves possédaient des connaissances accrues et indiquaient une baisse de leurs préférences concernant les boissons sucrées et une consommation réduite de sucre provenant de ces boissons. Les conclusions du suivi de six mois confirmaient la décision en vertu du programme d'accroître le nombre de leçons de trois à cinq tout en maintenant le contenu du programme afin de renforcer les principaux messages éducatifs pour une période plus longue.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Sip Smart!™ est mis en œuvre dans d'autres provinces au Canada, y compris au Québec, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nouveau-Brunswick et en Ontario. En 2010, le Québec a commencé à mettre en contexte et à l'essai le programme. Lors de la première phase, plus de 600 enseignants et professionnels de la santé ont reçu une formation et du matériel didactique. L'évaluation du projet pilote et du programme au Québec a mené à des adaptations selon le Programme d'éducation du Québec et l'approche d'Écoles saines. Également, certaines activités et outils d'enseignement ont été modifiés en tenant compte du contexte au Québec. La documentation sur le programme a été produite en anglais et en français. Le financement à



l'appui de l'adaptation et la diffusion du programme au Québec et dans les Territoires du Nord-Ouest a été fourni par l'Agence de la santé publique du Canada et la COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) du Partenariat canadien contre le cancer, intitulée Programme d'action coopérative contre l'obésité chez les enfants.

Parmi les autres leçons retenues, mentionnons les suivantes :

(Colombie-Britannique)

- Les enseignants s'intéressaient au programme Sip Smart!™ parce que les leçons étaient gratuites et reliées au programme provincial.
- Parmi les principaux facteurs de réussite, mentionnons les consultations approfondies avec les intervenants, la mise en œuvre de résultats d'évaluation formative au cours du processus de développement, la réalisation d'activités de marketing continu et la participation de champions passionnés.
- Depuis la diminution des fonds de subventions, la Heart and Stroke Foundation of BC & Yukon continue de produire et de distribuer des copies de la brochure aux élèves et aux familles de la Colombie-Britannique, et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a fait une réimpression des documents distribués par Action Schools! BC.

(Québec)

- La teneur en sucre différente pour certaines boissons (comme les barbotines) a mené à des adaptations du matériel didactique.
- Pour assurer l'efficacité, on est à établir un module de formation en ligne comme solution de rechange à la formation individualisée.
- Les collectivités autochtones du Nord québécois ont indiqué qu'elles harmonisent le programme Sip Smart!™ selon la campagne *Drop the Pop*.

PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : Stephanie Stevenson

Titre : Directrice exécutive

Organisme : BC Pediatric Society

Courriel : S-Stevenson02@cw.bc.ca

Téléphone : 604-875-3101

Dernière mise à jour : 1 août 2013

Nom : Emmanuelle Dumoulin

Titre : Coordinatrice de projet, Promotion de la santé

Organisme : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (Québec)

Courriel : emmanuelle.dumoulin@fmcoeur.qc.ca

Téléphone : 514-871-8038, poste 262

Dernière mise à jour : 2 juillet 2013

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



Communications personnelles :

Zellinsky, P. (entrevue en date du 31 juillet 2013; examen en date du 20 août 2013). [BC Pediatric Society].

Dumoulin, E. (entrevue en date du 2 juillet 2013; examen en date du 1^{er} et 20 août 2013). [Fondation des maladies du cœur et de l'AVC].

Publications

BC Pediatric Society & Heart and Stroke Foundation of B.C. & Yukon. *Sip Smart! BC™ formal evaluation studies*, sans date. Extrait de : <http://dotcms.bcpeds.ca/dotAsset/10610.pdf>.

Autres profils :

Le portail canadien des pratiques exemplaires, Agence de la santé publique du Canada. *Sip Smart! BC*, 2013. Extrait de : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/sip-smart-bc/>.

Autres :

Partenariat canadien contre le cancer. *S'appuyant sur ses réussites, COALITION va de l'avant*, 25 octobre 2012. Extrait de : <http://www.partnershipagaincancer.ca/fr/2012/10/25/building-on-success-clasp-looks-to-the-future>.

Agence de la santé publique du Canada et Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. *Taking a successful intervention from British Columbia to Québec*, 15 mars 2011. [Présentation par webinaire]. Extrait de : www.bcpeds.ca/dotAsset/10929.pdf.

External Source: www.bcpeds.ca/sipsmart



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

Power to Push Campaign: Know Your Options, Take Control (campagne sur les naissances par voie naturelle : connaître ses options, prendre le contrôle) de l'hôpital et du centre de santé pour femmes de la Colombie-Britannique

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

APERÇU : Cette pratique innovatrice permet la diminution des taux de naissance par césarienne en Colombie-Britannique et informe les futures mamans des options d'accouchement sécuritaires. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique à l'hôpital des femmes de la Colombie-Britannique et comprenait une équipe d'obstétriciens, de gynécologues, de sages-femmes, de médecins de famille, de chercheurs, d'infirmiers et infirmières et d'autres professionnels de la santé.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Bien que les naissances par césarienne soient sécuritaires, la recherche a démontré qu'elles peuvent exposer les femmes et leurs bébés à des risques pour la santé auxquels elles ne sont pas exposées lors d'une naissance normale par voie naturelle. En Colombie-Britannique, les taux de naissance par césarienne se situaient à un niveau record de 30 p. cent en 2010. Le groupe de travail sur les accouchements par césarienne (GTAC) de BC Women's Hospital (BCWH) a inauguré la campagne *Power to Push* (PTP) (campagne sur les naissances par voie naturelle) et la Best Birth Clinic en septembre 2010, afin de diminuer le taux de naissance par césarienne au BCWH et de fournir aux femmes et à leur famille dans l'ensemble de la province de l'information sur les options d'accouchement.

La campagne consiste en une initiative d'éducation du public qui intègre les services de consultation médicale, un site Web interactif et des plates-formes de médias sociaux afin de diminuer le taux global de naissance par césarienne au BCWH à Vancouver. BCWH offre aux femmes des services de consultation avec des obstétriciens et gynécologues à la Best Birth Clinic. Les consultations sont adaptées selon les naissances précédentes, l'état de santé et les préférences des femmes dans le but de fournir des conseils adéquats sur les options d'accouchement les plus sécuritaires possibles. Dans la même veine, des documents d'information comme des documents d'aide à l'accouchement sont offerts dans de multiples langues à la clinique et sur le site Web de la campagne *Power to Push*. Pour les prestataires de soins de maternité, des protocoles sont en place pour la gestion de l'accouchement prématuré, l'accouchement actif et la deuxième période de l'accouchement. Enfin, la campagne comporte une présence en ligne très active à l'aide des médias sociaux, de blogues et de son site Web, où l'on invite les femmes à partager leurs histoires d'accouchement, interagir avec des spécialistes et aider à promouvoir les pratiques d'accouchement sécuritaires dans toute la province.

RÉPERCUSSIONS :

La campagne PTP a été officiellement évaluée dans le rapport du GTAC, intitulé *BCWH Cesarean Task Force: Initiatives and Achievements—The First Two Years: 2010–2012* (groupe de travail sur les accouchements par césarienne de BCWH : initiatives et réalisations — les deux premières années : 2010-2012). L'évaluation décrit les ressources qui ont été créées afin de promouvoir la campagne, comme les blogues et les brochures, ainsi que l'efficacité de ces ressources. La campagne de médias sociaux, par exemple, s'est révélée très réussie. À l'heure actuelle, la campagne compte plus de 1 000 abonnés sur Facebook et 1 300 abonnés sur Twitter, faisant de la campagne PTP l'une des campagnes de naissance les plus populaires sur les réseaux sociaux. Ces sites se sont révélés efficaces pour partager les histoires et les documents d'information.

Avant septembre 2012, la Best Birth Clinic comptait plus de 400 rendez-vous, avec la majorité (57 %) des renvois effectués par les sages-femmes, principalement à Vancouver et dans le Lower Midland (33 %). Quelques femmes se sont reportées à la clinique presque exclusivement pour examiner l'option d'accouchement vaginal après césarienne.



L'incidence de la campagne sur le taux de naissance par césarienne n'a pas été publiée. Toutefois, certaines études ont été amorcées en prenant appui sur la campagne. Par exemple, le GTAC a mené un essai clinique randomisé examinant l'incidence des doulas (assistantes à l'accouchement) sur le résultat intrapartum de l'accouchement vaginal après césarienne. Après consultation, 65 p. cent des femmes ont choisi d'essayer un accouchement vaginal après césarienne, et 60 p. cent de ces femmes ont réussi.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La campagne PTP n'a pas été adaptée d'une autre compétence ou mise en œuvre ailleurs. Toutefois, cette initiative est, en théorie, applicable et transférable à d'autres milieux. Une équipe de consultants (obstétriciens, gynécologues, sages-femmes et infirmiers et infirmières) s'avère nécessaire pour diriger la clinique et fournir des documents d'information s'appuyant sur les données probantes. La connaissance du réseautage social et de la promotion et du marketing en ligne est également essentielle afin de faciliter avec succès le volet d'éducation du public de la campagne.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jan Christilaw

Titre : Président de BCWH, promoteur de projet du GTAC

Organisme : BCWH

Courriel : S.o.

Téléphone : 604-875-2424, poste 6387

Dernière mise à jour : Le 30 août 2013

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

Publications

BC Women's Hospital. *BC Women's Hospital Cesarean task force: Initiatives and achievements—The first two years: 2010–2012*, sans date. Extrait de : http://issuu.com/powerpush/docs/bcwh_ctf_report_final_2.

Autres :

Todd, N.J. *Power to push campaign in British Columbia. American Congress of Obstetricians and Gynecologists District VIII Gazette*, décembre 2012. Extrait de : <http://www.acog.org/About%20ACOG/ACOG%20Departments/District%20Newsletters/District%20VIII/December%202012/Power%20to%20Push%20Campaign%20in%20British%20Columbia.aspx>.

External Source: <http://www.powerpush.ca/>



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

L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)

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

APERÇU : Cet outil novateur aide les organisations (à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé dont l'activité peut avoir des incidences sur les résultats sur la santé) à planifier l'élaboration de leurs politiques et la prestation de leurs programmes en fonction de l'équité en matière de santé. L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) a été lancé publiquement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 2011.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'outil d'EIES permet aux décideurs et aux planificateurs des services de santé et des services communautaires d'évaluer les initiatives et les investissements afin de s'assurer que les incidences potentielles involontaires sur la santé (de la population) soient prises en considération et abordées dans le cadre d'un processus structuré et officialisé. L'objectif à long terme de l'évaluation de l'impact consiste à réduire les inégalités en matière de santé, particulièrement pour les groupes vulnérables ou marginalisés. L'EIES peut être utilisée par un vaste éventail d'intervenants, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les bureaux de santé publique et les fournisseurs de services de santé.

L'outil d'EIES comporte un guide de travail et une grille ainsi que les ressources complémentaires décrites ci-dessous, qui sont tous offerts en français et en anglais.

L'outil comprend :

- une description de l'EIES, des utilisateurs ciblés, de son mode d'emploi et de ses applications;
- une explication des cinq étapes pour effectuer une EIES : délimitation, impacts possibles (déterminés), atténuation (recommandations), surveillance (impact des stratégies d'atténuation) et diffusions (résultats et recommandations);
- des exemples et des indices pour montrer comment remplir chaque section de la grille.

Parmi les ressources complémentaires pour faciliter l'utilisation de l'outil :

- le *supplément concernant les services en français*, qui donne les grandes lignes des exigences pour les organisations dont l'activité est assujettie à la *Loi de 1986 sur les services en français*;
- le *supplément destiné aux bureaux de santé publique*, qui décrit les éléments à prendre en considération pour l'utilisation de l'outil par le bureau, y compris son lien avec le travail du bureau pour répondre aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilité en matière de santé publique;
- les ressources qui se trouvent sur le site Web de l'EIES.

De plus, une collaboration entre le MSSLD et le Centre de toxicomanie et de santé mentale a donné les résultats suivants :

- un module de formation en ligne adapté au rythme de chacun, conçu par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, pour apprendre à se servir de l'outil (disponible à l'adresse [: [HEIA Online Training Module](#)]);
- une communauté d'intérêts pour l'EIES qui permet aux utilisateurs intéressés de partager leurs connaissances, leurs données probantes, leurs résultats et leurs questions [[HEIA Community of Interest](#)].

La pratique est novatrice pour les raisons suivantes :

- 1) Sa souplesse. Les utilisateurs peuvent se servir d'un seul modèle et d'un langage commun pour favoriser l'équité en



matière de santé dans plusieurs secteurs.

2) La simplicité du modèle et du matériel de formation complémentaire rendent l'EIES moins intimidante pour les utilisateurs qui ne sont pas familiers avec ce domaine et cette méthodologie.

3) L'EIES permet aux utilisateurs de tenir compte des besoins et des répercussions pour les populations qui se recoupent, par exemple un francophone qui est un citoyen du troisième âge, au lieu de se concentrer sur une seule dimension des déterminants de la santé.

RÉPERCUSSIONS : L'outil d'EIES fait l'objet d'une évaluation à plus long terme. Le processus initial et les premières évaluations d'impact, tout comme la rétroaction et les témoignages des utilisateurs actuels et antérieurs, ont permis de déterminer les avantages de mettre l'outil en place ainsi que ses effets positifs potentiels sur les décisions liées aux programmes et aux politiques qui touchent à l'équité en matière de santé. Les autres avantages inattendus découverts au moment d'effectuer l'EIES sont la capacité de l'outil de créer une « mémoire collective » des motifs qui ont dicté des décisions et des investissements ainsi que son rôle de catalyseur pour travailler avec différents collègues et organismes dans le but de trouver des solutions qui n'auraient pas été envisagées sans l'EIES.

La souplesse de l'outil permet aux organisations d'intégrer son utilisation à leur guise, ce qui en facilite l'adoption. L'intégration de l'outil aux processus de planification stratégique, aux évaluations de concours pour des fonds de subventions et à la conception de nouveaux modèles de prestation pour les patients et les clients sont quelques exemples de ses applications novatrices.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les processus d'évaluation d'impact, en particulier ceux qui sont axés sur l'équité sanitaire ou sociale des populations, sont de plus en plus adoptés au Canada et à l'échelle internationale. L'EIES et des méthodes similaires ont été mises en place dans des pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, et l'Organisation mondiale de la Santé en approuve l'utilisation.

Voici quelques-unes des premières « leçons tirées » dans le cadre de la conception et de la mise sur pied de l'outil d'EIES qui peuvent en aider d'autres à le mettre en place dans leur propre organisation :

- La désignation d'organismes champions, le soutien des dirigeants des secteurs et le soutien de la haute direction facilitent grandement la promotion et l'adoption.
- Il est particulièrement important, à l'étape de l'établissement de la portée, d'établir les exigences relatives au temps et au personnel et de déterminer la portée de la méthode d'EIES, c'est-à-dire avec des ordinateurs de bureau, une méthode rapide ou exhaustive).
- L'intégration de l'EIES à des stratégies et des produits livrables de plus haut niveau (comme le plan stratégique ou opérationnel d'une organisation) crée un environnement plus favorable pour obtenir et accepter les résultats des EIES.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Équipe de projet de l'EIES
Titre : Direction de la santé communautaire et de la santé de la population
Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Courriel : HEIA@ontario.ca
Téléphone : n.d.
Dernière mise à jour : Le 19 août 2013

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

Communications personnelles :



Équipe de projet de l'EIES. (entrevue, 19 juillet 2013; examen, 21 août 2013). [MSSLD de l'Ontario].

Publications :

Mahoney, M., Simpson, S., Harris, E., Aldrich, R. et Stewart Williams, J. (2004). *Equity-focused health impact assessment framework*. The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). Extrait de : http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/ANALISIS_DE_IMPACTO_EN_SALUD/Materiales_y_documentos/EFHIA_Framework.pdf

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2012). *Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé*. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine. Extrait de : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/docs/workbook.pdf>

Autre :

MacInnes, A. (30 août 2012). *Health equity impact assessment (HEIA): User-friendly tool for the integration of equity considerations into health system delivery and policy*. [Notes pour une présentation donnée à l'occasion de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé]. Extrait de : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/1F_AprilMacInnes.pdf



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

Le Men's Health Program : inciter les hommes du nord de la Colombie-Britannique à prendre soin de leur santé

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

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde les préoccupations liées à la santé des hommes qui vivent dans le nord de la Colombie-Britannique à l'aide d'un site Web interactif. Le Men's Health Program a été mis sur pied en 2011 et faisait appel à un coordonnateur de programme.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les hommes qui habitent dans le nord vivent moins longtemps que ceux qui habitent dans d'autres régions de la Colombie-Britannique. De manière plus précise, les hommes qui habitent dans le nord ont des taux plus élevés de cancers, de suicides, de décès professionnels et de maladies chroniques et ont des taux moins élevés d'utilisation des soins de santé. La santé des hommes est importante pour le bien-être des personnes en tant que telles, mais aussi pour la santé de leurs familles et de leurs collectivités. Avec la santé de la population en tête, la Northern Health Authority de la Colombie-Britannique a fait de la santé des hommes un domaine prioritaire en lançant le Men's Health Program en 2011.

Afin d'orienter le Men's Health Program, Northern Health a formé des groupes de discussion avec les principaux intervenants dans sept collectivités du nord. Le besoin d'outils de communication qui abordent les préoccupations liées à la santé tout en mobilisant les hommes d'une façon simple, pragmatique et amusante est l'un des enjeux communs qui se sont dégagés des discussions. Pour combler cette lacune, Northern Health a conçu et lancé, en 2012, un site Web interactif qui vise à renseigner les hommes et à les encourager à accorder la priorité à leur santé et à leur mode de vie. Voici les principaux éléments du site Web consacré à la santé des hommes :

- des recettes qui sont bonnes pour la santé;
- des jeux-questionnaires sur la santé;
- un MANuel qui contient de l'information sur l'alimentation, un mode de vie actif et les tests de dépistage;
- un blogue intitulé « Tales from the Man Cave »;
- des concours mensuels;
- des faits et des statistiques sur la santé des hommes;
- des cas vécus et des témoignages des hommes du nord.

En plus du site Web, les responsables du Men's Health Program affichent régulièrement des messages sur Twitter et Facebook et mènent des campagnes radiophoniques afin de faire connaître les événements de dépistage. Ces événements comprennent des tests sur les antécédents familiaux, la glycémie, la tension artérielle et le cholestérol. L'objectif ultime du programme consiste à améliorer l'état de santé, la qualité de vie ainsi que l'espérance de vie des hommes qui vivent dans le nord.

RÉPERCUSSIONS :

Comme cette pratique novatrice a été mise sur pied au printemps 2011, les coûts et les économies potentielles n'ont pas été estimés à cette étape-ci. Même si la pratique n'a pas été évaluée officiellement, les témoignages personnels, les observations et les résultats préliminaires donnent à entendre qu'elle peut avoir des résultats positifs sur la santé des hommes ainsi que sur les buts et les objectifs plus généraux pour la santé de la population.



Le programme vise à créer des partenariats durables avec les organismes communautaires et les acteurs du secteur. Plus de 70 présentations ont été données devant des groupes communautaires dans l'ensemble de la région. Le Men's Health Program a permis à plus de 2 000 hommes de subir des tests pour la tension artérielle, la glycémie et le cholestérol, en plus de les sensibiliser avec le site Web, des publicités à la télévision et à la radio, des messages dans les médias sociaux et des salons axés sur la santé. En juin 2013, le Men's Health Program a été reconnu comme l'une des grandes innovations à l'occasion de la remise des prix d'excellence dans le domaine des soins de santé de la Colombie-Britannique.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le Men's Health Program est l'une des rares initiatives au Canada à être entièrement vouées à la santé des hommes. Cette pratique n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, elle peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Au cours des deux dernières années, le personnel du programme s'est rendu dans d'autres régions de la santé de la Colombie-Britannique pour parler du Men's Health Program. Les participants qui ont assisté à ces ateliers et à ces présentations ont donné leurs impressions et exprimé la volonté de mettre sur pied des programmes similaires, adaptés aux impératifs géographiques, dans le but d'aborder les préoccupations liées à la santé des hommes.

Ce programme suscite également un intérêt à l'échelle internationale. En décembre 2012, le médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique et le coordonnateur du Men's Health Program ont fait un exposé sur l'initiative dans le cadre de la conférence internationale sur la santé publique à Colombo, au Sri Lanka. La principale difficulté pour concevoir un programme sur la santé des hommes dans d'autres régions sanitaires, au Canada et sur la scène internationale, c'est qu'il nécessite un engagement de la part des organisations, une consultation communautaire avec les intervenants ainsi que la mise en pratique des principales recommandations qui émanent d'un processus de consultation exhaustif.

SITE WEB DE LA PRATIQUE :

men.northernhealth.ca

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Brandon Grant

Titre : Coordonnateur du Men's Health Program

Organisme : Northern Health

Courriel : Brandon.Grant@northernhealth.ca

Téléphone : 250-645-6348

Dernière mise à jour : Le 23 août 2013

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

Communications personnelles :

Grant, B. (rétroaction et examen, 14 août 2013). [Men's Health Program]

Publications :

Northern Health. (septembre 2011). *Community consultation on men's health: What we heard*. Extrait de : <http://men.northernhealth.ca/Portals/4/pdfs/mens-health-matters-web-nov11.pdf>

Northern Health. (avril 2012). *Men's health program*. Extrait de : http://www.resourcesnorth.org/downloads/Northern_Health-Brandon_Grant.pdf

External Source: men.northernhealth.ca



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

MSH-CARES: Markham Stouffville Hospital CAesarean section REduction Strategy (stratégie de diminution des césariennes de l'Hôpital Markham-Stouffville)

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

APERÇU : Cette pratique novatrice diminue les taux d'interventions inutiles (comme les césariennes) pendant le travail et l'accouchement pour les femmes à faible risque qui donnent naissance dans un milieu hospitalier. Le programme et la stratégie ont été lancés en 2010 dans un hôpital communautaire du sud de l'Ontario.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les interventions qui ne sont pas nécessaires, comme les césariennes, pendant l'accouchement coûtent cher et peuvent causer des préjudices inutiles à la mère et au nouveau-né. Le projet Markham Stouffville Hospital CAesarean section REduction Strategy (MSH-CARES) a été conçu pour diminuer les taux d'interventions inutiles pendant le travail et l'accouchement pour les femmes à faible risque et pour réduire ainsi les coûts liés aux soins de santé. La stratégie englobe une série d'interventions individuelles fondées sur des données probantes qui encouragent et favorisent un accouchement normal en influant sur le comportement de la patiente, le comportement du fournisseur de soins de santé ainsi que sur les politiques de l'établissement.

En avril 2010, un groupe d'étude interprofessionnel à l'Hôpital Markham-Stouffville en Ontario a élaboré une stratégie afin de diminuer le recours à la césarienne et à d'autres interventions au cours d'un travail et d'un accouchement qui présentent peu de risques. Les éléments de la stratégie, qui ont été mis en œuvre par étape d'avril 2010 à janvier 2011, continuent d'évoluer. La stratégie comprend : 1) une campagne de sensibilisation de la population afin d'informer les femmes sur les choix qui s'offrent à elles pendant l'accouchement et sur le taux mensuel de césariennes pratiquées par l'hôpital; 2) une vérification et un processus de rétroaction pour faire un suivi des taux individuels de césariennes, de déclenchements et des essais de travail pratiqués par les fournisseurs pour faire des comptes rendus; 3) une séance d'information en groupe sur les options d'accouchement des patientes qui ont déjà subi une césarienne (qui aide à informer les femmes sur toutes les options pertinentes pour l'accouchement avant de faire un choix définitif); et 4) une politique qui stipule que le déclenchement artificiel du travail après la date prévue pour l'accouchement ne doit pas être réservé avant une gestation de 41 semaines et trois jours.

Le recours fréquent à la césarienne parmi les femmes enceintes à faible risque est un problème imbriqué dans un système social complexe qui est régi par les personnes, les pratiques cliniques usuelles et les politiques de l'unité. Le problème des proportions élevées de césariennes doit donc être abordé à différents niveaux (les patientes, les fournisseurs, les administrateurs et les politiques de l'unité) simultanément. La stratégie MSH-CARES est coordonnée et synergétique. Elle cible plusieurs niveaux du système et ses interventions individuelles sont combinées et séquencées à l'intérieur des paliers et entre les niveaux du système.

RÉPERCUSSIONS :

Jusqu'à présent, la stratégie MSH-CARES a été mise à l'essai à l'aide des données disponibles à l'Hôpital Markham-Stouffville. Une analyse plus rigoureuse est effectuée parallèlement à l'aide des données du programme BORN Ontario (Better Outcomes Registry & Network) afin de saisir l'incidence globale de la stratégie MSH-CARES sur les taux d'interventions pendant le travail et l'accouchement ainsi que les résultats sur la santé des mères et des nouveau-nés.

Une évaluation complète du programme est en cours, y compris :

Une évaluation des résultats cliniques (effet sur les taux d'interventions pendant l'accouchement);



- une évaluation du processus (les expériences des femmes qui ont accouché, des fournisseurs et des administrateurs);
- une évaluation économique (par rapport aux soins de routine);
- une évaluation du développement possible (pour déterminer si la stratégie MHS-CARES peut être adoptée dans d'autres hôpitaux en Ontario).

Depuis la mise sur pied de la stratégie, les données préliminaires sur les résultats cliniques sont encourageantes, notamment une diminution de la proportion annuelle de césariennes de l'Hôpital (de 29,6 % en 2008 à 25 % en 2012) ainsi qu'un plus grand nombre de tentatives d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) (de 15 % en 2008 à 38 % en 2012). La proportion de naissances par césarienne dans l'Hôpital pour les mois de juin et de juillet 2013 était de seulement 20 %.

La satisfaction des patientes à l'égard de la séance sur les options pour l'accouchement était également élevée : 60 % des participantes étaient « très satisfaites » de la séance de présentation dans l'ensemble, 90 % des répondantes étaient satisfaites de la personne qui avait fait la présentation et 81,4 % des femmes interrogées ont indiqué que les renseignements donnés étaient quelque chose de « nouveau » pour elles.

L'incidence économique et la rentabilité de cette stratégie n'ont pas été évaluées à cette étape-ci.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Au cours de l'évaluation préliminaire de la stratégie MSH-CARES réalisée pendant une période d'un an, un deuxième hôpital ontarien, l'Hôpital Queensway Carleton d'Ottawa, a commencé à mettre la stratégie en place en avril 2012. La stratégie de l'Hôpital Queensway sera soumise à une évaluation, tandis que les résultats positifs observés à l'Hôpital Markham-Stouffville peuvent théoriquement être appliqués dans ce deuxième établissement.

La stratégie MSH-CARES peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres hôpitaux de soins actifs de l'Ontario et du Canada. Huit autres hôpitaux ontariens se sont montrés intéressés à adapter la stratégie à leur milieu.

L'une des difficultés éprouvées a été l'adaptation de la stratégie en temps réel afin d'en améliorer l'adoption. Même si cette difficulté est compréhensible d'un point de vue clinique, elle constitue un obstacle pour les chercheurs qui évaluent la stratégie. Par exemple, les séances sur les options pour l'accouchement devaient, à l'origine, être encouragées par les fournisseurs qui orienteraient les femmes vers ces rencontres. Lorsque la participation aux séances a commencé à diminuer de manière importante, les administrateurs ont décidé d'adopter une nouvelle approche : les femmes sont maintenant invitées à assister aux séances au moment de leur inscription à l'hôpital. Cette méthode a contribué à faire augmenter le nombre de participantes.

Une deuxième leçon tirée est l'importance des dirigeants. À l'Hôpital Markham-Stouffville et à l'Hôpital Queensway Carleton, les chefs de l'obstétrique croient véritablement à la stratégie et ils en vantent les mérites au sein de leur unité.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Esther Shoemaker

Titre : Candidate au doctorat

Organisme : Université d'Ottawa

Courriel : ebaum038@uottawa.ca

Téléphone : 613-366-8000

Dernière mise à jour : Le 18 juillet 2013

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

Communication personnelle :

Shoemaker, E. (juillet 2013). [Université d'Ottawa].



Publications :

Autres profils :

Autre :

Bourgeault, I. et Shoemaker, E. (29 mai 2013). *MSH-CARES: Evaluation and scaling up of a multifaceted intervention to reduce Caesarean sections* [présentation devant l'ACRSPS en 2013]. Extrait de : <http://www.cahspr.ca/sites/default/files/imce/D4.3%20Bourgeault-Shoemaker.pdf>



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

Mindcheck.ca : une ressource provinciale pour les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale

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

APERÇU : Cette pratique novatrice met les jeunes en contact avec des ressources en santé mentale et avec une communauté de soutien afin de dépister les troubles de santé mentale plus tôt. Lancée en Colombie-Britannique dans quatre collectivités, la pratique mettait à contribution des représentants de plusieurs organismes de santé mentale, des éducateurs, des chercheurs, des représentants des jeunes, des commanditaires ainsi que des représentants de différents organismes communautaires.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Soixante-quinze pour cent des problèmes de santé mentale et de consommation de substances commencent vers l'âge de 24 ans et ils ne sont souvent pas décelés ni traités. Au printemps 2010, le gouvernement de la Colombie-Britannique a lancé le projet Mindcheck.ca, dans le cadre du projet pilote d'intervention précoce auprès des jeunes et des jeunes adultes ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances de Fraser Health, dans les collectivités de Surrey, de White Rock, de Delta et de Langley. Mindcheck.ca est un programme de sensibilisation de la population axé sur les jeunes et les jeunes adultes. Le programme accroît le dépistage des premiers symptômes, comme les sentiments, les pensées et les comportements, qu'un jeune ou un jeune adulte aux prises avec un problème de santé mentale ou de consommation de substances peut avoir ou qu'un parent, un enseignant ou un ami peut observer. Le soutien comprend de l'éducation, des outils d'auto-assistance, des liens vers des sites Web ainsi qu'une aide pour communiquer avec des ressources professionnelles de la région. Les recommandations tiennent compte des résultats obtenus par des outils de dépistage faciles à utiliser. Les familles, les parents et les professionnels qui travaillent avec de jeunes adultes peuvent également consulter le site afin d'y trouver du soutien.

Le projet a été appuyé par le ministère du Développement de l'enfant et de la famille, l'Association canadienne pour la santé mentale, Réseau Ado, le district scolaire de Surrey, l'Université polytechnique Kwantlen, le Collège Douglas ainsi que par plusieurs autres organismes communautaires. À l'automne 2011, le Canucks for Kids Fund s'est engagé à verser 50 000 \$ à l'organisme BC Mental Health and Addiction Services par l'entremise de la BC Children's Hospital Foundation en souvenir de Rick Rypien, un joueur d'avant de longue date pour les Canucks. La participation des Canucks consiste actuellement à faire connaître l'initiative mindcheck.ca et à soutenir la campagne de présentation de vidéos « In One Voice ».

RÉPERCUSSIONS :

Les progrès réalisés dans le cadre de cette initiative sont soulignés dans le site Web de la pratique ainsi que dans les fiches de renseignements périodiques sur la santé de Surrey. Jusqu'à maintenant, la campagne de sensibilisation s'est étendue en assurant une plus grande présence en ligne par le truchement de son nouveau volet, *Speak Up*, qui a été lancé en 2012. Le volet *Speak Up* prévoit l'expansion de l'éducation ciblée, un réseau de pairs pour les jeunes ainsi qu'un espace réservé en ligne.

La participation des jeunes au processus d'évaluation du site Web a permis de relever plusieurs points à améliorer et de dresser des plans d'action. Depuis ce temps, le site Web a été réaménagé afin de rendre la page d'accueil plus interactive et plus attrayante, le langage utilisé a adopté un ton plus jeune, les fonctions et l'accès ont été améliorés, l'outil de dépistage des psychoses a été revu, une section pour en apprendre d'avantage a été repensée et une page consacrée aux résultats et aux commentaires a été peaufinée.

Le site Web, qui comprend également de nombreux témoignages et vidéos personnels, est soutenu par les Canucks grâce à des messages d'intérêt public qui sont présents sur le Web et dans les journaux locaux. Le site est devenu une ressource provinciale. Cela dit, mis à part la présence grandissante du site et le nombre croissant de témoignages qu'il recueille, ses retombées sur les statistiques et les indicateurs de santé mentale chez les jeunes n'ont pas encore été publiées.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



La ressource Mindcheck.ca n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise sur pied ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Le site Web aurait besoin d'être conçu par une équipe composée de webmestres, d'experts des médias sociaux, de jeunes, de psychiatres, de travailleurs auprès des jeunes et d'éducateurs.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Karen Tee

Titre : Gestionnaire

Organisme : Child, Youth and Young Adult Mental Health and Substance Use

Courriel : Karen.tee@fraserhealth.ca

Téléphone : n.d.

Dernière mise à jour : Le vendredi 30 août 2013

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

Publication :

Wagner, D. (25 janvier 2012). Canucks for Kids Fund helps launch Mindcheck.ca in memory of Rick Rypien. *The Vancouver Sun*. Extrait de :

<http://vansunsportsblogs.com/2012/01/25/canucks-for-kids-fund-helps-launch-mindcheck-ca-in-memory-of-rick-rypien/>

Autres profils :

BC Mental Health and Addictions Services. (janvier 2012). *Mindcheck.ca now a provincial resource*. Extrait de :

<http://www.phabc.org/userfiles/file/mindcheckFH-BCMHAS.pdf>

Surrey Mental Health and Substances Use Services. (mai 2013). *Feuille de renseignements*. Extrait de :

http://www.surrey.ca/files/Surrey_MHSU_Services_2013.pdf

Kelty Mental Health Resource Centre. (19 juillet 2013). *New mindcheck.ca homepage character videos now available!* Extrait de :

<http://keltymentalhealth.ca/blog/2013/07/new-mindcheckca-homepage-character-videos-now-available>

Martiquet, P. (s.d.) *Mindcheck.ca: Where youth can find out why they feel the way they do*. Extrait de :

http://www.vch.ca/about_us/news/archive/-0/mindcheck.ca

Canadian Federation of Mental Health Nurses. (n.d.). *Mindcheck.ca now a provincial resource*. Extrait de :

<http://cfmhn.ca/news/mindcheckca-now-provincial-resource>

External Source: <http://mindcheck.ca/>



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

Mind, Exercise, Nutrition ... Do It ! (MEND) (Traitement et prévention de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants)

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le problème de l'obésité juvénile. Le programme est assuré dans les collectivités par des organismes locaux dont le personnel formé bénéficie du soutien d'Alberta Health Services. Il est offert gratuitement aux participants et il offre aux familles un milieu confortable et favorable pour interagir et pour apprendre à faire des choix qui cadrent avec un mode de vie sain.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'initiative MEND a été lancée en Alberta en 2010 dans le cadre du Provincial Obesity Program. MEND est un programme novateur à volets multiples, éclairé par des données probantes et axé sur la communauté, qui cible la prévention de l'obésité juvénile et l'intervention précoce auprès des enfants âgés de deux à 13 ans et de leur famille. Le programme se concentre sur la modification du comportement, l'activité physique et les connaissances nutritionnelles. Les séances MEND comportent un éventail d'activités éducatives et amusantes, comme des jeux actifs pour encourager l'activité physique, des visites dans les magasins d'alimentation afin d'apprendre à distinguer les bons aliments, des programmes pour bien manger, des rituels à adopter à l'heure des repas ainsi que des objectifs à se fixer pour inciter la famille à acquérir de saines habitudes alimentaires.

Voici la collection des programmes MEND :

- MEND 2-4 : un programme de prévention pour un mode de vie sain qui s'adresse aux enfants âgés de deux à quatre ans de tout poids, d'une durée de 10 semaines (10 séances) à raison de 90 minutes par semaine;
- MEND 5-7 : un programme de prévention et d'intervention précoce pour un mode de vie sain auprès des enfants âgés de cinq à sept ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur au 85^e centile, d'une durée de 10 semaines (10 séances) à raison de 105 minutes par semaine;
- MEND 7-13 : un programme d'intervention précoce pour les enfants âgés de sept à 13 ans dont l'IMC est supérieur au 85^e centile, d'une durée de 10 semaines (20 séances) à raison de quatre heures par semaine;
- MEND World : un volet pour épauler les diplômés du programme MEND 7-13 pendant une période de deux ans à la suite du programme avec des jeux amusants en ligne, des activités et des magazines gratuits.

Les participants aux programmes sont recrutés à l'aide de plusieurs stratégies, notamment par l'auto-identification ainsi que par les aiguillages effectués par des professionnels de la santé.

Le programme MEND en Alberta a été financé par des subventions de 2010 à 2013. L'initiative a été conçue de manière à pouvoir adapter, tester et mettre en place les programmes MEND dans l'ensemble de la province, y compris dans des communautés autochtones choisies, afin de s'attaquer à l'obésité juvénile. Voici les principaux produits livrables de l'initiative triennale :

- Adapter les programmes MEND 2-4, 5-7, 7-13, et MEND World au contexte canadien.
- Mettre sur pied les programmes MEND 2-4, 5-7 et 7-13 aux quatre coins de l'Alberta.
- Adapter et mettre à l'essai les programmes MEND auprès des Premières nations et des Inuits de l'Alberta.



- Concevoir et réaliser une évaluation du processus et des résultats de l'initiative.

Au cours de la période de 2010 à 2013, 730 participants (365 enfants et 365 parents ou fournisseurs de soins) ont participé à 47 programmes MEND qui ont été donnés par 19 organismes communautaires d'un bout à l'autre de l'Alberta.

RÉPERCUSSIONS :

Les résultats d'une étude clinique randomisée sur l'initiative MEND au Royaume-Uni (en 2010) ont révélé que le programme avait eu un effet positif sur les résultats sur la santé, y compris des réductions importantes de l'IMC et du tour de taille des enfants. Le programme s'est également traduit par une augmentation des niveaux d'activité physique ainsi que par des améliorations sur les aspects qui touchent à l'alimentation, à l'estime de soi et à la confiance en soi. Les résultats se sont maintenus au fil du temps.

Une évaluation du projet pilote MEND a été réalisée pendant une période de trois ans en Alberta. Les commentaires recueillis auprès des enfants et des familles qui ont participé aux programmes indiquent que les démarches ont été bien accueillies par les participants. De plus, les données sur les résultats en matière de santé donnent à entendre qu'il y a eu des changements positifs sur les plans du poids, de l'activité physique, de la santé cardiovasculaire, de la saine alimentation et de l'estime de soi.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'intervention MEND en Alberta mise sur la réussite de l'initiative originale (<http://www.mendcentral.org>), qui a été conçue et mise sur pied au Royaume-Uni en 2004. Mend est le plus important programme communautaire de prévention de l'obésité juvénile et de gestion du poids au monde. Le programme fonctionne dans environ 320 emplacements aux États-Unis (www.mendfoundation.org), au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada. À l'échelle mondiale, plus de 80 000 enfants ont participé à des programmes MEND. Au Canada, plusieurs provinces, y compris la Colombie-Britannique et la Saskatchewan (www.childhoodobesityfoundation.ca/MEND), ont également mis le programme en place.

À l'heure actuelle, une recherche qualitative est en cours afin d'étudier l'efficacité de la mise à niveau et de l'expansion de l'initiative MEND au Canada. Dans le cadre d'une étude parrainée par les Instituts de recherche en santé du Canada, un chercheur de l'Université Simon-Fraser recueille des données, à la ligne de départ et un an après la mise en œuvre, afin d'évaluer l'efficacité de la mise à niveau et de l'expansion de l'initiative MEND. L'étude permettra également de cerner les obstacles et les outils habilitants de la mise en place.

PERSONNE-RESOURCE :

Nom : Farah Bandali
Titre : gestionnaire, Saine croissance de l'enfant
Organisme : Alberta Health Services
Courriel : farah.bandali@albertahealthservices.ca
Téléphone : 403-943-9719
Dernière mise à jour : Le 6 août 2013

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

Communication personnelle :

Bandali, F. (examen, les 7 et 20 août 2013). [Alberta Health Services].

Publications :

MacDonald, N., Sacher, P., Bandali, F., Rodgers, C. et Matteson, C. (2013). Mind, Exercise, Nutrition, Do It! (MEND) Canadian adaptation: How Canada is supporting the declaration on prevention and promotion and the federal provincial and territorial (FPT) framework for action. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Sup 2), s219.

Sacher, P.M., Kolotourou, M., Chadwick, P.M., Cole, T.J., Lawson, M.S., Lucas, A. et Singhal, A. (2010) Randomized controlled trial of the MEND program: A family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18(Sup 1), S62–S68. Extrait



de : http://moxie.cs.oswego.edu/~nicoli/hsc488/Article_8.pdf

Autres profils :

Le portail canadien des pratiques exemplaires de l'Agence de la santé publique du Canada. (s.d.). *Le programme MEND*. Extrait de : http://66.240.150.14/intervention_pdf/fr/648.pdf

Canadian Obesity Network. (2009). *MENDING childhood obesity*. Extrait de : <http://www.obesitynetwork.ca/de.aspx?id=136>

Autres :

Bandali, F. (24 octobre 2012). *Alberta Health Services childhood obesity prevention programs* [notes de présentation]. Extrait de : <http://www.micyrn.ca/PDF/Webinar4slidesBandali.pdf>

Canadian Institutes of Health Research (CIHR). (27 février 2012). *Funding Decisions Data 2010/11: Scale-up and spread of MEND programs in Canada*. Extrait de : <http://www.cihr-irsc.gc.ca>

Grindle, T. (13 octobre 2011). *AHS brings MEND to Alberta: New program promotes healthy weights among youth*. Extrait de : <http://www.albertahealthservices.ca/5864.asp>

Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse <http://www.albertahealthservices.ca> et cherchez MEND.



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

Healthy Buddies : un programme de promotion de la santé dirigé par des pairs pour la prévention de l'obésité et des troubles de l'alimentation parmi les enfants des écoles primaires

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice éduque les enfants sur l'alimentation, l'activité physique et les moyens à prendre pour grandir et se développer en santé. Ce programme de promotion de la santé fait appel à un modèle dirigé par des pairs selon lequel les enfants plus âgés sont formés dans le but d'enseigner à leurs pairs plus jeunes. Le programme, qui a été mis à l'essai en Colombie-Britannique entre 2002 et 2004, a pris de l'expansion entre 2006 et 2008.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Healthy Buddies est un programme de promotion de la santé unique orienté sur les enfants qui cible les attitudes et les comportements liés à l'activité physique, à une saine alimentation et à une consommation raisonnable de boissons, à une croissance et à un développement en santé ainsi qu'à une image corporelle saine.

Le programme *Healthy Buddies* donne l'occasion d'inculquer une culture de la santé aux enfants et aux adolescents lorsqu'ils sont à l'école. La salle de classe est utilisée pour enseigner l'alimentation, l'activité physique et le développement sain aux enfants. La culture sociale dans les écoles incite les enfants à acquérir des attitudes et des habitudes qui ont une influence sur les convictions à l'égard de la santé, des modes de vie sains et des comportements à mesure que ces jeunes prennent de la maturité. Le programme *Healthy Buddies* jette également les fondements d'une relation de collaboration entre les parties intéressées par les soins de santé, la promotion de la santé et l'éducation dans le but de diminuer l'incidence des problèmes de santé évitables.

Healthy Buddies est un programme dirigé par des pairs qui s'adresse aux élèves des écoles primaires, allant de la maternelle à la 7^e année. Les « copains » plus âgés (de la 4^e à la 7^e année) ont d'abord droit à une formation sur les paramètres d'un mode de vie sain par leurs enseignants. Ils peuvent ensuite agir comme des pairs-enseignants afin de faire la leçon à leurs copains plus jeunes (de la maternelle à la 3^e année). Les enseignants ne donnent pas des cours séparés aux copains plus jeunes. Le programme *Healthy Buddies* est mis sur pied dans l'ensemble de l'école, où toutes les classes jumelées évoluent au fil des 21 leçons (hebdomadaires) de vie saine en même temps, pour faire la promotion de la santé en milieu scolaire. Le programme est un moyen novateur de favoriser et améliorer la santé des élèves plus jeunes et plus âgés du niveau primaire en s'appuyant sur le principe selon lequel les élèves peuvent apprendre les uns des autres à l'aide d'un modèle d'éducation dirigé par des pairs.

Healthy Buddies est une initiative du BC Children's Hospital qui bénéficie d'un financement de la Provincial Health Services Authority.

RÉPERCUSSIONS :

Le programme *Healthy Buddies* a été officiellement évalué dans le cadre d'une étude pilote clinique, randomisée et prospective dont les résultats ont été publiés dans *Paediatrics*. L'étude pilote comparait les effets du programme (à raison de deux à trois heures par semaine pendant 21 semaines) dans deux écoles élémentaires canadiennes; une école avait mis le programme en place (intervention : $n = 232$ enfants) tandis que l'autre ne l'avait pas mis sur pied (contrôle : $n = 151$). Les résultats obtenus parmi les élèves des deux écoles ont été comparés. Tous les élèves ont été évalués au début et à la fin de l'intervention, qui s'est échelonnée sur 10 mois pendant l'année scolaire.

Les évaluations comportaient des mesures de la taille, du poids, de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Des



questionnaires permettaient d'évaluer les connaissances des élèves sur les paramètres d'un mode de vie sain, la fréquence de la consommation d'aliments, la fréquence des comportements actifs et sédentaires, la satisfaction corporelle et les symptômes de troubles alimentaires. Comparativement aux élèves du groupe de contrôle, les élèves du groupe d'intervention ont augmenté leurs pointages liés à leurs connaissances des paramètres d'un mode de vie sain, au comportement et à l'attitude, et leur tension artérielle systolique s'est légèrement améliorée. L'indice de masse corporelle (IMC) et le poids ont moins augmenté du côté des élèves du groupe d'intervention de la 4^e à la 7^e année, tandis que les élèves du groupe d'intervention de la maternelle à la 3^e année ont grandi davantage. De plus, le programme dirigé par des pairs donnait l'occasion aux pairs-enseignants plus âgés d'être des modèles positifs.

En ce qui concerne les coûts, les écoles qui mettent le programme sur pied commandent généralement un ou deux bacs de mise en forme pour le gymnase (665 \$ chacun) et un bac pour la salle de classe (690 \$ chacun) pour chaque paire d'enseignants copains. Tout le matériel et les plans de cours pour la prestation du programme inclus dans ces trousseaux peuvent être réutilisés d'une année à l'autre.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme *Healthy Buddies* a été créé en Colombie-Britannique et mis à l'essai pour la première fois dans un district scolaire (Sunshine Coast) de 2002 à 2004. Un financement supplémentaire a permis de mettre le programme *Healthy Buddies* en place dans 46 écoles élémentaires aux quatre coins de la province entre 2006 et 2008. Une évaluation de suivi sur le programme et le processus de cette mise en place a été publiée dans le *Canadian Journal of Diabetes* en 2012.

Un ensemble complet de matériel et de ressources (y compris des plans pour les enseignants, des guides de mise en forme et d'alimentation, des cahiers d'exercices pour les élèves et du matériel promotionnel) est offert selon le principe du recouvrement des coûts afin de faciliter la mise en place du programme. Le programme *Healthy Buddies* est également présenté dans deux autres versions : une pour les Autochtones et une pour les Inuits. Le programme a été modifié afin de tenir compte de la culture et des habitudes de ces communautés. L'efficacité du programme auprès des Premières nations a été soulignée dans le *Journal of School Health*.

Jusqu'à présent, le programme a été mis sur pied en Alberta et au Manitoba. Les résultats de l'expérience au Manitoba seront publiés dans la revue *JAMA Pediatrics* (2013). Le programme est également adapté en Inde.

Suggestions pour la mise en place : Le programme est plus facile à mettre en application dans les écoles secondaires qui offrent les volets de la maternelle à la 7^e année. Le projet pilote a révélé que le jumelage des salles de classe pendant la durée du programme peut accroître la fidélité et apporter un soutien. Amener tous les élèves et tous les enseignants à participer tout au long de l'année scolaire aide à créer un environnement orienté sur un mode de vie sain dans l'école.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jean-Pierre Chanoine

Titre : Programme *Healthy Buddies* de l'unité de l'endocrinologie et du diabète

Organisme : BC Children's Hospital

Courriel : jchanoine@cw.bc.ca ou info@healthybuddies.ca

Téléphone : 604-875-2345, poste 5120

Dernière mise à jour : Le 17 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Publications :

Stock, S., Miranda, C., Evans, S., Plessis, S., Ridley, J., Yeh, S. et Chanoine, J.P. (2007). « *Healthy Buddies: A novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school* », *Pediatrics*, vol. 120, n° 4, p. e1059–e1068.

Campbell, A.C., Barnum, D., Ryden, V., Ishkanian, S., Stock, S. et Chanoine, J.P. (2012). « The effectiveness of the implementation of *Healthy Buddies*TM, a school-based, peer-led health promotion program in elementary schools », *Canadian*



Journal of Diabetes, vol. 36, n° 4, p. 181–186.

Ronsley, R., Lee, A.S., Kuzeljevic, B. et Panagiotopoulos, C. (2013). « Healthy Buddies™ reduces Body Mass Index Z-score and waist circumference in Aboriginal children living in remote coastal communities », *Journal of School Health*, vol. 83, n° 9, p. 605–613.

Santos, R.G., Durksen, A., Rabhani, R., Chanoine, J.P., Lamboo Miln, A., Mayer, T. et McGavock, J.M. (2013). « Healthy Buddies™ Manitoba: A cluster randomized controlled effectiveness trial of peer-based healthy living lesson plans on body weight and physical activity in elementary school students », *JAMA Pediatrics* (sous presse).

Autres :

Chidwick, P. Présentation de résumé dans le cadre du Symposium national sur les soins de santé intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

External Source: <http://www.healthybuddies.ca/>



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

Programme For My Health! : Établissement des facteurs de risque d'une mauvaise santé mentale et physique

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

APERÇU : Cette pratique innovatrice permet d'améliorer la santé mentale et physique des travailleurs à l'aide d'une évaluation des risques pour la santé. La pratique a été inaugurée en Colombie-Britannique au BC Cancer Research Centre (centre de recherche sur le cancer de la Colombie-Britannique), et comprenait la participation de 50 employés et intervenants en santé, comme des nutritionnistes, des médecins, des conseillers et des diététiciens.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2009, la Division de la C.-B. de l'Association canadienne pour la santé mentale et ImpactBC se sont associés avec la région provinciale des services de santé afin de concevoir un outil interactif sur la santé qui aiderait les résidents de la Colombie-Britannique, notamment les travailleurs, à améliorer leur santé mentale et physique. De concert, ils ont inauguré *For My Health!*, un programme gratuit qui comprend l'évaluation des facteurs de risque, l'éducation à la santé fondée sur des données probantes et l'établissement d'objectifs. Dans le cadre du programme, on a recours à une série de questions de dépistage pratiques et confidentielles afin de déterminer les participants à risque en ce qui concerne les causes principales d'invalidité et de perte de productivité au travail. Le questionnaire aborde des sujets tels que la santé mentale (dépression et anxiété) et la santé physique (poids, diabète, santé cardiovasculaire, etc.). En tenant compte de la nature délicate du dépistage touchant la santé mentale, l'équipe d'évaluation du projet a établi un questionnaire de dépistage en ligne qui est distribué aux participants sur des iPads. Après le questionnaire de dépistage, les participants se réunissent individuellement avec un intervenant pour examiner les résultats et fixer un objectif pour l'amélioration de leur santé.

Le programme *For My Health!* a été mis à l'essai pour la première fois en décembre 2009, avec la participation de 50 employés au BC Cancer Research Centre à Vancouver.

RÉPERCUSSIONS :

On peut retrouver de l'information sur le programme et les réalisations connexes sur le site Web de l'Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B.

En 2013, *For My Health!* a reçu le prix *Golden Apple Winner* dans la catégorie « Innovation en santé au travail » décerné par Excellence in BC Health Care Awards. Ce prix reconnaît les efforts des employés des services de soins de santé qui prodiguent des soins de qualité et un soutien aux résidents de la province et reconnaît l'excellence et l'innovation dans le système public de soins de santé. Ce prix fut décerné au programme *For My Health!*, puisqu'il suscitait la participation d'hommes et de travailleurs syndiqués dans une industrie primaire (un groupe de population qui sous-utilise habituellement les services de soins de santé préventifs) en vue d'améliorer leur santé mentale et physique.

Selon les résultats de dépistage des 278 participants, 78 p. cent étaient des hommes, 28 p. cent des participants avaient un indice de masse corporelle à risque élevé, 33 p. cent des participants présentaient un risque moyen ou plus élevé d'anxiété et 25 p. cent des participants présentaient un risque moyen ou plus élevé de dépression. On a établi un suivi spécialisé de ces personnes afin d'aborder ces facteurs de risque.

En conséquence, 33 p. cent des employés à risque élevé ont constaté une amélioration de leur tension artérielle, 60 p. cent des employés à risque élevé ont observé une réduction de leur taux de cholestérol et 40 p. cent des fumeurs ont déclaré avoir arrêté de fumer. De plus, l'activité physique s'est accrue à raison de 50 p. cent, et 67 p. cent des employés ont déclaré avoir de meilleures habitudes alimentaires.



APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

For My Health! a débuté à Lakeland Mills, Prince George, en novembre 2011. Trente personnes ont participé, et selon les résultats du sondage sur le programme, plus de 80 p. cent des participants se sentaient à l'aise pour répondre aux questions de nature personnelle sur leur santé et ont évalué le programme comme étant excellent; la totalité des participants (100 p. cent) le recommanderaient à des amis.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Julie Kaisla

Titre : S.o.

Organisme : L'Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B.

Courriel : S.o.

Téléphone : 604-688-3234, poste 244.

Dernière mise à jour : 30 août 2013

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

Autres : (comprend les présentations et résumés)

L'Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B. *For My Health!*, 2012. Extrait de : <http://www.cmha.bc.ca/how-we-can-help/workplace/formyhealth>.

ImpactBC. *For My Health!*, sans date. Extrait de : <http://www.impactbc.ca/what-we-do/projects/for-my-health>.

L'Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B. *And the apple award goes to For My Health! for improving men's health where they are ... at work*, 26 juin 2013. Extrait de : <http://www.cmha.bc.ca/get-informed/news/media/06-26-13>.

Excellence in BC Health Care Awards. *Top Innovation Affiliate: For My Health!* [Vidéo], juillet 2013. Extrait de : <http://www.youtube.com/watch?v=PbUlk3YQ430>.

External Source: <http://www.cmha.bc.ca/how-we-can-help/workplace/formyhealth>



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

Non aux boissons gazeuses

LOCATION:	Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Yukon	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:		CADRE CATÉGORIE:	

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question de l'obésité juvénile ainsi que d'autres problèmes de santé liés à l'alimentation dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé juridictionnelle. Lancée au Nunavut en 2004, la pratique, qui a commencé avec 14 écoles, faisait appel à un responsable gouvernemental, à des partenaires communautaires ainsi qu'à des administrateurs et des enseignants qui dirigeaient les efforts déployés dans les écoles.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le taux élevé de consommation de boissons gazeuses et les taux croissants d'obésité, de diabète et de caries dentaires parmi les enfants et les adolescents dans le Nord canadien suscitent de plus en plus d'inquiétudes. Cette pratique novatrice a été mise en place dans plusieurs administrations dans le cadre d'une stratégie plus globale afin de prévenir l'obésité juvénile et les maladies chroniques à un âge plus avancé. « Non aux boissons gazeuses » est une campagne de promotion de la santé annuelle destinée à sensibiliser les élèves aux incidences des boissons sucrées sur leur santé et à encourager les étudiants, ainsi que leur famille, à consommer des boissons et des aliments qui sont meilleurs pour la santé et à faire des choix qui sont plus compatibles avec un mode de vie sain. La pratique a d'abord été mise sur pied au Nunavut afin de cibler les élèves de la maternelle à la 12^e année. L'approche initiale adoptée au Nunavut comprenait (1) des écoles, des salles de classe et des élèves qui se disputaient des prix en s'abstenant de boire des boissons gazeuses pendant toute une semaine scolaire et (2) des enseignants et des étudiants qui se renseignaient sur les répercussions sur la santé, au fil du temps, d'une consommation régulière de boissons gazeuses. Quatorze écoles ont participé à l'initiative au cours de la première année et le nombre d'établissements d'enseignement a augmenté d'une année à l'autre.

Une mise en œuvre pan-territoriale de la stratégie Non aux boissons gazeuses a commencé en 2011. La campagne se déroule entre les mois de janvier et de mars chaque année. Le thème de la campagne est adapté dans chaque territoire en fonction des distinctions sur les plans du financement, du personnel et des partenariats communautaires. Le financement soutient des activités promotionnelles provinciales, des mesures incitatives et des prix scolaires ainsi que des projets dans les écoles et les salles de cours. Le financement provient du gouvernement, d'organisations non gouvernementales et d'organisations philanthropiques. Les partenaires peuvent contribuer des ressources concrètes, comme des bons-rabais pour du jus de fruits frais ou du lait. Les autres ressources comprennent notamment le temps consacré par les responsables territoriaux (gouvernementaux), les coordonnateurs scolaires, les partenaires communautaires ainsi que les administrateurs et les enseignants qui dirigent les efforts investis dans les écoles. Les responsables des écoles remplissent une demande afin de recevoir du financement. Les projets antérieurs comportaient, par exemple, des activités scolaires orientées sur une saine alimentation et un mode de vie actif, des événements familiaux et communautaires, des défis pour les écoles et les élèves, des salons de la santé ainsi qu'une éducation en matière de nutrition.

La Childhood Obesity Foundation estime que le programme Non aux boissons gazeuses doit sa réussite à son approche flexible et évolutive. Il répond aux besoins qui sont cernés au niveau de l'école et il tient compte des innovations et des idées des enseignants, des écoles et des collectivités.

RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation réalisée en 2011 s'est penchée sur la mise en place et les résultats à court terme de la campagne pan-territoriale « Non aux boissons gazeuses » 2010-2011 à l'aide des renseignements recueillis lors d'un sondage.

- Les responsables des établissements d'enseignement (77 %) ont indiqué que leurs élèves apportaient des boissons et des aliments plus sains à l'école pendant la période de la campagne.
- Les élèves ont déclaré qu'ils consommaient des boissons et des aliments plus sains à l'école et à la maison durant le mois de la campagne.
- De nombreux parents ont répondu que leurs enfants leur demandaient de leur acheter des boissons et des aliments



sains à consommer à la maison pendant cette période.

- Les élèves (71 %) étaient capables d'indiquer trois aliments qu'ils devraient consommer davantage et 85 % des élèves étaient en mesure de déterminer trois aliments qu'ils devraient consommer moins.

Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique peut avoir des résultats positifs sur la santé à long terme. Les coûts de cette pratique et les économies qu'elle pourrait engendrer n'ont pas été évalués à cette étape-ci.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique a été conçue au Nunavut, en 2003, par des spécialistes de la nutrition et de la santé dentaire; la campagne a été lancée en 2004. L'initiative « Non aux boissons gazeuses » a été adoptée par le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest en 2005-2006 ainsi que par d'autres administrations canadiennes par la suite. En 2007, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James a adapté le guide à l'intention des enseignants du programme Non aux boissons gazeuses du Nunavut pour sa propre campagne. La Kidney Foundation of Manitoba a invité les écoles, les parents et les communautés des Premières nations à participer au défi Non aux boissons gazeuses pendant une semaine. En 2011, les garderies du Nunavut et du Yukon sont devenues admissibles à un financement et ont pu participer au défi Non aux boissons gazeuses.

Voici les leçons tirées qui auraient une incidence sur l'applicabilité et la transférabilité de cette pratique :

- Les partenariats locaux avec les détaillants ont contribué à la réussite du programme.
- Les encouragements sous forme de petites sommes d'argent constituent des facteurs de motivation utiles.
- Des tirages de prix sont proposés aux écoles afin d'encourager tous les participants à présenter leur projet ou leurs rapports financier et d'évaluation.
- Il est utile de jumeler le défi Non aux boissons gazeuses à des initiatives juridictionnelles annuelles comme le Mois de la nutrition ou le Mois de la santé dentaire.
- La campagne a été harmonisée avec l'initiative Sois futé, bois santé! dans certaines régions du Nunavik au Québec.

PERSONNE-RESSOURCE

Nom :

Titre : Division de la santé de la population, Promotion de la santé

Organisme : Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère de la Santé et des Services sociaux

Courriel : healthpromotion@gov.nt.ca

Téléphone :

Dernière mise à jour : Le 29 juillet 2013

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

Publications :

Childhood Obesity Foundation. (s. d.). *Drop the Pop*. Extrait de : <http://www.cdpac.ca/media.php?mid=999>

Cree Board of Health and Social Services of James Bay. (2007). *Drop the Pop Teacher's Guide*. Extrait de : <http://creehealth.org/sites/default/files/DTP%202009%20Teachers%20Guide.pdf>

Glacken, J.B. (mars 2011). *Pan-Territorial evaluation of Drop the Pop: Summary evaluation report*. Extrait de : http://www.hlthss.gov.nt.ca/sites/drop_the_pop/pdf/pan_territorial_evaluation_of_drop_the_pop_2011.pdf

Kidney Foundation of Canada, Manitoba Branch. (2009). *Drop the Pop: Overview and general information, 2012–2013*. Extrait de : <http://www.kidney.ca/document.doc?id=3974>

Priest, A. (2006). *Nunavut's Drop the Pop program*. Extrait de :



<http://www.canadian-nurse.com/images/pdf/2006/cnj-apr-2006/files/assets/downloads/page0014.pdf>

Autre profil :

Association canadienne de santé publique. (2009). *La campagne Non aux boissons gazeuses des Territoires du Nord-Ouest*.
Extrait de : <http://www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/stories/kaw-tay-whee.aspx>

External Source: www.dropthepopnwt.ca



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

L'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses

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

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à améliorer la santé mentale et à diminuer la toxicomanie parmi les étudiants de niveau postsecondaire dans l'ensemble de la Colombie-Britannique. Lancée sur plusieurs campus, la pratique mettait à contribution une équipe composée d'étudiants, de membres du corps enseignant, de professionnels des campus, d'administrateurs, de représentants du gouvernement, de chercheurs et de membres de la collectivité.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2010, le gouvernement de la Colombie-Britannique a diffusé le document *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia* (des esprits sains pour une population en santé : plan décennal pour étudier la santé mentale et la consommation de substances en Colombie-Britannique). Dans le cadre du plan, la division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale et le Centre for Addictions Research of BC se sont associés en devenant les principaux partenaires de l'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses (des esprits sains pour un campus en santé) qui s'adresse précisément à la population de niveau postsecondaire.

L'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses aborde la santé mentale et la consommation de substances sur les campus en misant sur la mobilisation des connaissances entre les campus et sur d'autres intervenants clés en Colombie-Britannique. Le programme aide les étudiants qui doivent composer avec des adaptations importantes associées à la vie universitaire qui peuvent entraîner de l'anxiété, une dépression ou une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives. Il vient en aide en facilitant un dialogue et une intervention entre les membres de la communauté de praticiens, un groupe de personnes qui partagent l'objectif commun de promouvoir la santé mentale sur les campus et de diminuer la consommation de substances dangereuses. Ensemble, ces personnes partagent leur propre expérience, discutent des stratégies qu'elles ont essayées, étudient de nouvelles idées, maintiennent une présence active en ligne, tiennent des sommets annuels et s'échangent des ressources entre les campus.

RÉPERCUSSIONS :

Les progrès et les mises à jour liés cette initiative sont partagés sur le site Web de la pratique et soulignés dans des documents du gouvernement comme les rapports d'étape annuels sur l'initiative *Healthy Minds, Healthy People* de la Colombie-Britannique.

Ces rapports indiquent que cette initiative prend de l'expansion dans la province. Les responsables de l'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses se sont associés à 23 établissements d'enseignement postsecondaire en Colombie-Britannique et à plus de 27 autres organismes ou groupes associés à ces travaux. Dans une analyse provinciale des programmes de lutte contre la toxicomanie dans les établissements postsecondaires réalisée en 2012, les chercheurs ont découvert que 15 des 16 établissements avaient participé à la communauté de praticiens de l'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses.

Le sommet annuel tenu par la communauté de praticiens pour les intervenants et les étudiants figure parmi les moyens qui sont pris pour stimuler la croissance de la communauté. En 2012, par exemple, le sommet a réuni 150 étudiants, professionnels des services aux étudiants, membres du corps enseignant, administrateurs et partenaires gouvernementaux et communautaires afin de discuter de la santé mentale et de la consommation de substances sur les campus.

Ces discussions et ces sommets ont permis aux campus de déterminer leurs forces et leurs faiblesses en aménageant un environnement sain pour leurs étudiants et leur personnel. Par exemple, l'Université Simon-Fraser a fait des progrès en concrétisant une vision d'un campus en santé en abordant le bien-être dans les salles de cours, en désignant des champions des campus en santé et en faisant de la recherche sur le rôle que peut jouer l'environnement de la salle de cours pour améliorer le bien-être des étudiants. Les connaissances qui ont été créées et les travaux qui ont été partagés avec l'Université Simon-Fraser seront également bénéfiques pour d'autres campus qui font partie du réseau Healthy Minds/Healthy



Campuses.

Globalement, le programme a aidé les campus à travailler de concert afin d'améliorer le dépistage précoce et les soins, de favoriser un environnement sans stigmatisation, d'élaborer des politiques et d'influer sur les normes qui ont une incidence sur la santé mentale des étudiants au quotidien. Compte tenu des effets positifs de cette initiative et de sa popularité grandissante dans la province, la ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a annoncé, en 2012, un financement supplémentaire de 500 000 \$ au cours des deux prochaines années afin de soutenir le programme.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'initiative Heathy Minds/Healthy Campuses n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Cela dit, des initiatives similaires ont été lancées aux États-Unis (à l'Université de l'Oregon et à la UCLA) ainsi que dans d'autres régions, comme à l'Université de Toronto en Ontario. Tous les campus font appel à un groupe d'étude ou à une communauté de praticiens qui analyse le milieu dans un premier temps et qui se réunit régulièrement pour discuter des lacunes dans les programmes qui sont offerts ainsi que pour formuler des politiques et des plans d'action afin d'améliorer l'environnement sur le campus pour les étudiants et le personnel.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Shaylyn Streach

Titre : Coordinatrice

Organisme : Healthy Minds/Healthy Campuses

Courriel : shaylyn.streach@cmha.bc.ca

Téléphone : 604-688-3234, poste 287

Dernière mise à jour : Le vendredi 30 août 2013

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

Autres : (incluant les soumissions, les résumés et les présentations)

Canadian Mental Health Association, BC Division. (2012). *Healthy Minds/Healthy Campuses*. Extrait de : <http://www.cmha.bc.ca/how-we-can-help/campus/healthy-minds-healthy-campuses>

BC Newsroom. (2012). *\$500,000 to support B.C.'s vision for healthy campuses*. Extrait de : <http://www.newsroom.gov.bc.ca/2012/09/500000-to-support-bcs-vision-for-healthy-campuses.html>

Canadian Mental Health Association, BC Division. (2013). *Designing healthy campus communities* [vidéo]. Extrait de : <http://vimeo.com/68574912>

Government of British Columbia (2012) *Healthy Minds, Healthy People: Monitoring progress: 2012 annual report*. Extrait de : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/HMHP-progressreport-2012.pdf>

Brache, K., Reist, D., Dyck, T. et Morris, J. (mars 2012) *Activities, policies, and resources to address substance use on British Columbia campuses: A literature review and scan* [document de discussion]. Extrait de :

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/242/campusubstanceuse.pdf>

Healthy Minds/Healthy Campuses Initiative. (16 février 2011). *Exploring anxiety in post-secondary contexts* [webinaire]. Extrait de : <http://exploringanxietyoncampus-eorg.eventbrite.com/>

Simon Fraser University. (s. d.) *A healthy campus community: SFU's healthy campus community initiative development*. Extrait de : http://www.sfu.ca/content/sfu/healthycampuscommunity/abouthcc/_jcr_content/main_content/download_0/file.res/SFU%20HCC%20timeline.pdf

University of Oregon. (s. d.). *8 dimensions of health*. Extrait de : <http://healthyoregon.uoregon.edu/>



External Source: <http://healthycampuses.ca/>



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

Atii!: A Comprehensive Healthy Living Intervention for Children, Youth, and Families in Inuit Communities in Nunavut (Atii! : une intervention globale pour un mode de vie sain auprès des enfants, des jeunes et des familles dans les communautés inuites au

LOCATION:	Nunavut	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde les résultats sur la santé et la littératie en santé parmi les enfants inuits. Lancée en 2011 au Nunavut, la pratique mettait à contribution un coordonnateur de projets, un animateur de jeu ainsi qu'une personne chargée de l'administration.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le projet Atii! (Allons-y!) est une initiative en milieu scolaire destinée à améliorer la capacité des enfants inuits à faire de bons choix pour leur santé par rapport aux aliments et aux activités et de garder ces connaissances avec eux jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte. Le programme, qui a été conçu par et pour les jeunes inuits, est fondé sur les connaissances, les aliments et la langue inuits. Dans ce jeu, les participants divisés en équipes font tourner une roue (semblable à celles qui sont utilisées dans les jeux télévisés), répondent à des questions générales et relèvent des défis. Trois projets pilotes du jeu Atii! ont été menés en novembre 2011 et le programme dure une journée dans chaque école. L'équipe de recherche a fait le jeu dans lequel des titulaires de classe faisaient office d'animateurs.

Les objectifs précis du programme consistent à :

- enseigner aux enfants inuits à faire de bons choix pour leur santé;
- améliorer la littératie en santé en inuktitut;
- faire participer les enfants à une activité amusante de promotion de la santé;



- favoriser et évaluer une intervention locale conçue par de jeunes travailleurs motivés auprès des enfants inuits;

- recruter et former des jeunes de la région (âgés jusqu'à 30 ans) pour diriger le projet et le mettre sur pied.

Le jeu Atii! est un moyen ingénieux et novateur de faire participer les enfants à des activités d'éducation sur la santé qui s'appuie sur les connaissances, les aliments, les jeux et la langue inuits. Le programme est le fruit d'un partenariat entre le Qaujigiartiit Health Research Centre (QHRC), la Qikiqtani Inuit Association, l'Université de Toronto et Nunavut Tunngavik Inc. Le QHRC a pour mandat d'améliorer les résultats sur la santé dans le Nord en concevant des recherches et des programmes axés sur les communautés et dirigés par des intervenants du Nord. Les services d'une entreprise de graphisme du Nunavut ont été retenus afin de produire le jeu et le manuel qui l'accompagne a été rédigé en anglais et en inuktitut.

RÉPERCUSSIONS :

Un sondage a été distribué avant et après le jeu pour chaque séance dans chaque école afin d'évaluer les connaissances générales des enfants ainsi que leur niveau d'enthousiasme pour les thématiques du jeu. Les chercheurs ont découvert qu'après avoir participé au jeu Atii!, le niveau d'enthousiasme des enfants pour les sujets de l'alimentation, de l'activité physique, de la connaissance de la culture inuite et de la santé était plus élevé. Les observations recueillies pendant le jeu ont donné à entendre que les enfants avaient aimé participer à l'intervention Atii!, tout comme les enseignants et les travailleurs communautaires qui étaient présents. Les chercheurs se sont aperçus que, même si les enfants avaient une bonne connaissance du lien qui existe entre l'exercice physique et la santé, il était possible d'enrichir les connaissances des enfants sur le rôle des aliments inuits traditionnels pour améliorer la santé et la conserver. Même si les connaissances et le vocabulaire qui se rattachent à ce sujet étaient excellents, les enfants n'ont pas indiqué que les aliments inuits traditionnels prélevés dans la nature étaient bons pour la santé.

Les résultats de l'évaluation sont parus dans un rapport publié par le QHRC et présentés à l'occasion de la conférence de l'Année polaire internationale de Montréal en avril 2012. Les coûts et les avantages à long terme de la pratique n'ont pas encore été évalués.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'intervention Atii! pour un mode de vie sain est l'un des neuf projets de la stratégie d'innovation du gouvernement fédéral Atteinte du poids santé dans les collectivités du Canada. En janvier 2013, le QHRC a reçu un financement échelonné sur deux ans de l'Agence de la santé publique du Canada afin d'étendre l'intervention Atii! dans deux autres communautés du Nunavut. Il est encore trop tôt pour dire si les résultats du projet pilote initial ont été reproduits dans ces collectivités, mais cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux.

SITE WEB DE LA PRATIQUE :s.o.

PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : Gwen Healey

Titre : Directrice exécutive

Organisme : Qaujigiartiit Health Research Centre

Courriel : gwen.healey@qhrc.ca

Téléphone : 867-975-2476

Nom : Lissie Anaviapik



Titre : Coordonnatrice de la recherche sur la santé familiale

Organisme : Qaujigiartiit Health Research Centre

Courriel : lissie.anaviapik@qhrc.ca

Téléphone : 867-975-2523

Dernière mise à jour : Août 2013

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

Publication :

Galloway, T. et Healey, G. (janvier 2012). *Atii Gameshow: Healthy living intervention for school children in Nunavut. Evaluation report*. Extrait de :

<http://www.qhrc.ca/sites/default/files/Atii%20Gameshow%20Evaluation%20Report%20-%20Galloway%20and%20Healey%20-%20JAN%202012.pdf>

Autre :

Qaujigiartiit Health Research Centre. (25 juillet 2013). *Atii! Gameshow—A healthy living game for kids!* Extrait de :

<http://www.qhrc.ca/node/131>



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

Le Programme de pratiques parentales positives (Triple P) au Manitoba

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique innovatrice aborde les problèmes comportementaux et affectifs chez les enfants et les jeunes en informant leurs parents et leur offrant un soutien. Cette pratique fut inaugurée au Manitoba en 2005 et on a commencé par former environ 1 200 praticiens pendant une période initiale de trois ans.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Programme de pratiques parentales positives (Triple P) est un système de soutien aux parents et à la famille visant à prévenir et traiter les problèmes comportementaux et affectifs chez les enfants et les adolescents. Il appuie les parents dans le but d'améliorer leurs connaissances, compétences et confiance en matière de pratiques parentales, ce qui a normalement pour effet de réduire les problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents. Le Programme Triple P au Manitoba se fonde sur le système Triple P mis au point par le professeur australien Matt Sanders et qui consiste en un système à cinq niveaux d'intervention : allant des activités de sensibilisation du public (niveau 1, Triple P Universel), à la prestation de conseils en matière de pratiques parentales et d'un soutien à l'aide de soins primaires (niveau 3), et aux interventions familiales intensives (niveau 5). L'information et les conseils peuvent être offerts en groupe, individuellement ou de façon autonome. Parmi les nombreux fournisseurs de services qui peuvent être formés et accrédités à titre de praticiens du Programme Triple P, mentionnons les travailleurs familiaux, les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins, les infirmiers et infirmières, les conseillers scolaires, les enseignants, les éducateurs à la petite enfance et le clergé.

En 2005, le gouvernement du Manitoba a engagé la somme de 1,4 millions de dollars afin de mettre en œuvre le Programme Triple P dans le cadre de sa stratégie Enfants en santé Manitoba (ESM). On a mis d'abord l'accent sur les familles ayant des enfants de moins de 12 ans, tout particulièrement ceux âgés de moins de six ans. La stratégie avait pour objectifs à court terme de relever les compétences de la main-d'œuvre et d'accroître l'accès des familles aux moyens de soutien et à l'information en matière de pratiques parentales. Les objectifs à plus long terme consistent à : 1) réduire les taux de difficultés sociales et comportementales des enfants, 2) réduire le pourcentage des enfants intégrant l'école en n'étant pas prêts et 3) bâtir des familles et des collectivités en santé.

De 2005 à 2008, on a effectué la formation et l'accréditation dans le cadre du Programme Triple P de 1 200 praticiens dans toute la province, notamment au sein des collectivités des Premières nations. Depuis lors, environ 1 000 autres praticiens ont été formés et accrédités dans l'ensemble des secteurs. On a également fourni un financement pour l'intégration du Programme Triple P dans les organismes de santé, d'éducation et de services sociaux. En 2008, le Programme Triple P Universel (niveau 1) fut mis en œuvre dans le but d'informer le public sur le programme et la gamme de ressources offertes dans toute la province. En 2011, les activités dans le cadre du Programme Triple P Universel furent élargies afin d'influencer les attitudes du public au sujet des pratiques parentales et de fournir des conseils en matière de pratiques parentales.

La pratique est innovatrice en raison du fait qu'elle cible les parents et les familles afin d'implanter des changements dans les comportements des enfants et des jeunes. Il s'agit d'un système souple qui permet d'adapter l'information et le soutien professionnel à chaque famille.

RÉPERCUSSIONS :

À l'heure actuelle, on n'a effectué aucune évaluation des résultats du Programme Triple P au Manitoba. Les témoignages personnels, les observations, une évaluation en cours d'exécution et la recherche internationale laissent entendre que cette pratique a la possibilité d'avoir des répercussions positives sur la santé. L'ensemble des données probantes dans le cadre du Programme Triple P se compose de plus de 250 publications, notamment des rapports de 140 études de résultats, 68 essais cliniques randomisés et 51 évaluations axées sur l'efficacité pratique et les services. Parmi les résultats de recherche,



mentionnons une réduction des problèmes de comportement chez les enfants, l'amélioration du mieux-être des parents et de leurs compétences parentales, la diminution des taux de violence envers les enfants et la diminution des hospitalisations pour des blessures causées par la violence envers les enfants. Une analyse de la recherche a permis d'effectuer un pronostic théorique concernant le recouvrement des coûts avec la mise en œuvre du Programme Triple P au sein de la population. On n'a pas encore effectué d'évaluation des coûts et économies au Manitoba.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le Programme Triple P a été adopté dans 25 pays et au sein de compétences canadiennes, comme en Ontario et en Alberta. Parmi les leçons retenues de l'évaluation pilote de 2010 au Manitoba, mentionnons le fait que la plupart des praticiens formés ont intégré les principes, les idées et les stratégies du Programme Triple P dans le cadre de leur travail actuel. Un grand nombre de praticiens formés utilisaient le Programme Triple P de façon autonome tandis que d'autres l'utilisaient de façon plus continue et intégrée. Dans le cadre de l'étude, on a également constaté un soutien élevé en milieu de travail concernant l'utilisation du programme. Parmi les obstacles liés à la mise en œuvre du programme, mentionnons le niveau d'alphabétisme et les aptitudes linguistiques des parents. Une surveillance continue a permis d'établir les lacunes en matière de services et les défis pour certains groupes :

- Une ligne téléphonique pour les parents a été mise en place afin d'élargir la diffusion de l'information du programme, notamment pour les familles en régions éloignées.
- Le Programme Triple P à étapes intermédiaires a été mis en œuvre afin d'aider les parents d'enfants handicapés.
- Le Programme Triple P pour les adolescents est au stade de planification, après que l'on ait effectué une évaluation des incidences sur la santé axée sur l'équité afin de déterminer les inégalités possibles.
- Le Manitoba est la première province qui offre une formation sur le Programme Triple P pour les praticiens et des ressources pour les familles en français.
- Le Programme Triple P destiné aux parents incarcérés résulte d'un partenariat par l'entremise d'Enfants en santé Manitoba et du ministère de la Justice du Manitoba.
- Les discussions en cours avec les collectivités des Premières nations se poursuivent, afin que le Programme Triple P soit aussi pertinent que possible en vue de satisfaire à leurs besoins.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : www.manitobatriplep.ca

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Steven Feldgaier, psychologue clinicien
Titre : Directeur, Initiative de pratiques parentales
Organisme : Enfants en santé Manitoba, gouvernement du Manitoba
Courriel : Steven.Feldgaier@gov.mb.ca
Téléphone : 1-888-848-0140 ou 204-945-3084

Dernière mise à jour : 17 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Cohen, B., Feldgaier, S. et K. Serwonka. (entrevue en date du 17 juillet 2013; examen en date du 2 août 2013). [Feldgaier et Serwonka : gouvernement du Manitoba; Cohen : Université du Manitoba].

Publications



Gouvernement du Manitoba. (Automne 2010). *Triple P—The Positive Parenting Program: A developmental evaluation of Manitoba's provincial implementation*. Extrait de :
http://www.gov.mb.ca/healthychild/publications/triplep_implementation_fall2010.pdf.

Autres :

Feldgaier, S., Volk, J., Beaucage, J., Unger, D., Campbell, L., Fulham, R., et M. Penfold. (Mars 2011). *Disseminating the Triple P—Positive Parenting Program in Manitoba: Lessons learned from a province-wide implementation*. [Présentation dans le cadre de la XLIII conférence internationale de Banff sur les sciences comportementales].



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

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

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](#)

InSite : l'établissement d'injection sous supervision médicale de Vancouver

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde les problèmes liés à la consommation de drogues illicites, comme la transmission de maladies par le sang, les surdoses mortelles et la sécurité communautaire. La pratique, qui a été lancée dans une clinique de Vancouver, en Colombie-Britannique, faisait appel à une équipe d'infirmières, à des conseillers, à des travailleurs en santé mentale ainsi qu'à des travailleurs de soutien entre pairs.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Vancouver compte environ 12 000 utilisateurs de drogues injectables, dont plus du tiers vivent dans le quartier Downtown Eastside. L'injection de drogues illicites entraîne des conséquences sociales et de santé importantes pour les utilisateurs ainsi que pour leurs familles et leurs collectivités. Les conséquences englobent notamment les infections liées aux injections, les surdoses, la transmission de maladies par le sang et l'exposition aux aiguilles jetées, la violence, les crimes contre les biens et le commerce du sexe. Dans le quartier Downtown Eastside, trois utilisateurs de drogues injectables sur dix sont séropositifs pour le VIH, neuf utilisateurs sur dix sont atteints de l'hépatite C et le taux de mortalité global est de 14 fois supérieur à celui des autres résidents de la Colombie-Britannique.

InSite, le premier établissement d'injection supervisée en Amérique du Nord, comporte 12 cabines où les clients s'injectent des drogues illicites qu'ils se sont procurées à l'avance sous la supervision d'infirmières et d'autres membres du personnel soignant. InSite fournit aux utilisateurs du matériel d'injection propre qui est jeté en toute sécurité après avoir été utilisé. Le personnel infirmier offre des services de soins de santé comme le traitement des plaies et les vaccinations et intervient immédiatement advenant une surdose. InSite possède également des conseillers en toxicomanie, des travailleurs en santé mentale et des pairs qui dirigent les clients vers des ressources communautaires comme le logement, le traitement de la toxicomanie ainsi que d'autres services de soutien. InSite a été conçu pour rendre les services de soins de santé accessibles aux utilisateurs de drogues injectables. Pour les clients qui choisissent de se prévaloir des services de gestion du sevrage, il y a un programme de désintoxication au deuxième étage de l'établissement appelé OnSite.

Les clients peuvent s'injecter des drogues illicites à InSite grâce à une exemption constitutionnelle aux lois liées à la possession de drogues du Canada. Cette exemption a permis à InSite de fonctionner de 2003 à 2008, mais le gouvernement fédéral a refusé de renouveler l'exemption après cette période. Les défenseurs d'InSite ont lancé un défi constitutionnel, en vertu de l'article 7 de la Charte des droits et libertés, en alléguant que le refus porte atteinte à la vie, à la liberté et aux droits liés à la sécurité des patients d'InSite. La Cour suprême du Canada a décidé, en 2011, de maintenir l'exemption de l'établissement en permettant à InSite de rester ouvert indéfiniment. InSite est financé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique par l'entremise de Vancouver Coastal Health, qui exploite l'établissement conjointement avec les Portland Hotel Society Community Services. Les intervenants qui considèrent la méthode de réduction des méfaits d'InSite novatrice sont notamment l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le conseil municipal de Vancouver, Vancouver Coastal Health (l'autorité en matière de santé publique) et VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users).

RÉPERCUSSIONS :

L'exemption a été accordée à InSite en 2003 à la condition que le programme soit soumis à une évaluation scientifique rigoureuse. Les premières années de l'évaluation ont donné lieu à plus de 30 études publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture. L'évaluation a surtout porté sur quatre domaines : les surdoses, la santé, l'utilisation adéquate des services de santé et sociaux ainsi que les coûts associés à l'utilisation de drogues injectables.

L'évaluation d'InSite est continue et les résultats observés jusqu'à maintenant ont indiqué une foule d'avantages, y compris la diminution des injections en public, la réduction du nombre de seringues jetées publiquement, la diminution des comportements à risque pour le VIH (comme le partage de seringues) et l'augmentation de la participation aux traitements contre la



toxicomanie. Une étude rétrospective basée sur la population publiée dans *The Lancet* a révélé que les surdoses mortelles dans un périmètre de 500 mètres de l'établissement d'InSite avaient diminué de 35 % après l'ouverture de l'installation comparativement à une diminution de 9 % dans le reste de Vancouver. De plus, les études qui se penchent sur les méfaits potentiels, en déterminant notamment si l'établissement encourage la consommation de drogues injectables en rendant l'injection de drogues plus facile et plus confortable, n'ont pas été corroborées par des données probantes.

Les coûts et les économies rattachés à l'établissement ont été évalués et les résultats ont été publiés dans la revue *Addiction*. L'étude a révélé qu'InSite avait réduit considérablement l'incidence des infections par le VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables dans le quartier Downtown Eastside. Les économies réalisées en évitant les frais médicaux rattachés au VIH sont plus que suffisantes pour compenser les coûts de fonctionnement d'InSite. Le budget opérationnel d'InSite se chiffrait à 2 969 440 \$ en 2010-2011.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des installations d'injection sécuritaire en Suisse et en Allemagne ont servi de modèles pour InSite. Aujourd'hui, il y a plus de 90 installations d'injection sécuritaire dans plus de 60 villes à travers le monde, y compris aux Pays-Bas, en Espagne, en Norvège, au Luxembourg et au Danemark. Une installation pilote d'injection sécuritaire mise sur pied en Australie en 2001 est devenue un service de santé permanent en 2010 après plusieurs évaluations. Des données probantes évaluées par des pairs donnent à entendre que les installations d'injection sécuritaire constituent un moyen efficace de réduire quelques-uns des méfaits de la consommation de drogues injectables, y compris les surdoses, l'abandon du matériel d'injection dans des lieux publics, les taux d'infection par des maladies transmissibles et les coûts des soins de santé.

InSite est actuellement la seule installation d'injection sécuritaire au Canada, même si on a tenté d'ouvrir des établissements similaires à Ottawa, à Toronto, à Victoria et à Montréal. En juin 2013, le gouvernement fédéral a déposé le projet de loi C65, la Loi sur le respect des collectivités. Ce projet de loi décrit les exigences que les fournisseurs de services de santé nouveaux ou existants doivent respecter afin d'être exemptés des lois qui régissent la possession de drogues et de pouvoir offrir des services d'injection supervisée. Les exigences énoncées dans le projet de loi proposé comportent des difficultés importantes pour le transfert de cette pratique à l'intérieur du Canada.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : <http://supervisedinjection.vch.ca/>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Monika Stein

Titre : Gestionnaire, programmes de réduction des méfaits

Organisme : Vancouver Coastal Health

Courriel : monika.stein@vch.ca

Téléphone : s. o.

Dernière mise à jour : Août 2013

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

Publications :

Pinkerton, S.D. (2010). Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction*, 105(8), 1429–1436.

Kerr, T. et Palepu, A. (2001). Safe injection facilities in Canada: Is it time? *Canadian Medical Association Journal*, 165(4), 436–437. Extrait de : <http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insite...>

Autres :

British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. (juin 2009). *Findings from the evaluation of Vancouver's pilot medically supervised safer injecting facility—InSite*. Extrait de : http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insite_report-eng.pdf

Mahoney, K.E. (mars 2012). Evidence over ideology. *National: Legal Insights and Practice Trends*. Extrait de : <http://www.nationalmagazine.ca/Articles/May-2012/Evidence-over-ideology.aspx>



Vancouver Coastal Health. (2009). *From the ground up: Vancouver's supervised injection site's role in accessing treatment and care*. Extrait de : supervisedinjection.vch.ca/media/insite_groundup.pdf

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