



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

Thème : Promotion de la santé et prévention (vol. 2)

Janvier 2014



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

TERMES DE RECHERCHE:	N/A	LOCATION:	Tout
THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	30 résultats sur 73

1. Le programme I COUGH : utiliser les données du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) de l'American College of Surgeons (ACS) afin de mettre au point une norme en matière de soins pour la prévention de la pneumonie postopératoire

Implementation Year: Jeudi, octobre 7, 2010 - 13:30	Location: International	Practice Website:
---	-------------------------	-------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la nécessité de diminuer le nombre de complications respiratoires postopératoires ainsi que la dépendance à la ventilation assistée. Lancée aux États-Unis sur les deux campus du Boston Medical Centre, la pratique mettait à contribution une équipe interprofessionnelle composée de chirurgiens, de chirurgiens en résidence, de spécialistes de la médecine interne, d'infirmières, d'experts de l'amélioration de la qualité et de la lutte contre les infections, d'inhalothérapeutes et de physiothérapeutes.

CONTACT INFORMATION:

Nom : David McAneny Titre : Médecin en titre Organisme : Boston University Medical Centre, section de l'oncologie chirurgicale et de la chirurgie endocrinienne, service de chirurgie Courriel : david.mcaneny@bmc.org Téléphone :

2. Piloting the Use of Equity-focused Health Impact Assessment (EhIA) as a Planning Tool in Manitoba (la mise à l'essai de l'utilisation de l'évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité comme outil de planification au Manitoba)

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2011 - 13:30	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.gov.mb.ca/healthychild/pdre/pop_based.htm
--	--------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin de planifier les politiques, les programmes et les services en dehors du secteur de la santé en fonction de leurs incidences sur la santé de la population et l'égalité en matière de santé. Une évaluation pilote des incidences sur la santé orientée sur l'égalité s'est déroulée au Manitoba en 2011 pendant la planification de la mise sur pied d'un programme de pratiques parentales positives (Triple P).

CONTACT INFORMATION:

Nom : Benita Cohen, Ph.D. Titre : Professeure agrégée Organisme : Université du Manitoba, Faculté des sciences infirmières Courriel : Benita.Cohen@umanitoba.ca Téléphone : 204-474-9936

3. Healthy Development Index: Evaluating Municipal Planning from a health-Impact Perspective (indice de développement sain : évaluer la planification municipale sous l'angle des incidences sur la santé)

Implementation Year: Mercredi, octobre 7, 2009 - 13:30	Location: Ontario	Practice Website: www.peelregion.ca/health/resources/healthydevelopment/our-initiatives.htm
--	-------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin pour des outils de planification afin de favoriser le développement d'un milieu bâti sain. Élaboré en Ontario en 2009,



l'indice de développement sain (Healthy Development Index) faisait appel à une équipe de recherche, à des intervenants municipaux ainsi qu'à des promoteurs du secteur privé.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gayle Burse Titre : Directrice de la prévention des maladies chroniques et des blessures Organisme : Région de Peel Courriel : Gayle.Burse@peelregion.ca Téléphone : 905-791-7800, poste 2617

4. Heart Healthy Kids (H2K)

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

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

5. programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de Fraser Health : des services de soutien communautaires en santé mentale pour les patients atteints de schizophrénie qui souffrent d'une psychose résistante au traitement

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2011 - 13:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
---	---------------------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'assurer une gestion dans la collectivité ainsi que des services de soutien pour les patients schizophrènes qui souffrent d'une psychose résistante au traitement. Lancé en juillet 2011 dans une régie de la santé (Fraser Health), le programme met à contribution une clinique centrale ainsi que trois équipes de services communautaires.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dre Terry Isomura Titre : Directrice médicale des programmes, santé mentale et consommation de drogues et d'alcool Organisme : Fraser Health Authority Courriel : terry.isomura@fraserhealth.ca Téléphone : 604-587-4453

6. Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) at Royal Columbian Hospital: Improving hospital workplace culture and safety (programme de sécurité globale dans les unités au Royal Columbian Hospital : améliorer la culture et la sécurité dans le milieu de

Implementation Year: Dimanche, octobre 7, 2012 - 11:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
---	---------------------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'améliorer les résultats liés à la culture et à la sécurité dans le milieu de travail des hôpitaux. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans un milieu clinique, mettait à contribution une équipe de chirurgiens, des dirigeants de l'hôpital ainsi qu'un personnel clinique composé notamment de cliniciens, d'infirmières autorisées et de résidents.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Michael Arget Titre : Conseiller Organisme : Fraser Health, amélioration de la qualité Courriel : Michael.arget@fraserhealth.ca Téléphone : s. o.



7. The Caregiver Support Project: A Self-Directed Care Model to Improve Resiliency among Seniors' Informal Caregivers (le projet de soutien aux aidants : un modèle de soins autogérés pour améliorer la résistance des aidants naturels des aînés)

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2011 - 11:30	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'améliorer la résilience des aidants vulnérables des personnes âgées qui habitent à la maison. La pratique, qui a été lancée en Ontario, mettait à contribution 321 aidants et 80 coordonnateurs de soins.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Natalie Warrick, M. Sc. **Titre :** Coordonnatrice de projet **Organisme :** Alzheimer Society of Toronto **Courriel :** nwarrick@alzheimertoronto.org
Téléphone : 416-640-6317

8. Social Work through Hip Hop (BluePrint For Life): Promoting physical and mental health in youth ou le travail social par le hip hop (BluePrint For Life) : favoriser la santé physique et mentale des jeunes

Implementation Year: Samedi, octobre 7, 2006 - 11:15	Location: National	Practice Website: www.blueprintforlife.ca
---	---------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de la santé physique et mentale compromise des jeunes, en particulier des jeunes qui habitent dans le Nord et dans des quartiers centraux du Canada. Lancée au Nunavut en 2006, cette pratique fait appel à des artistes du hip hop, à des animateurs qui possèdent une formation en travail social et aux membres de la communauté afin de soutenir l'événement ainsi que les activités de suivi.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Stephen Leafloor **Titre :** Président et chef de la direction **Organisme :** BluePrintForLife **Courriel :** Steve@BluePrintForLife.ca **Téléphone :** 613-592-2220

9. British Columbia FRIENDS for Life Program: Preventing Childhood Anxiety

Implementation Year: Mardi, février 3, 2004 - 11:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/friends.htm
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Ce programme de prévention de l'anxiété novateur aborde le besoin d'aider les enfants et les jeunes à composer avec le stress et à acquérir une résilience émotive en enseignant des aptitudes cognitives et émotionnelles d'une manière simple et bien structurée. Mis à l'essai en Colombie-Britannique en 2003, ce programme en milieu scolaire a été lancé à l'échelle provinciale en 2004 afin que toutes les écoles publiques et indépendantes de la province puissent en profiter.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Kelly Angelus **Titre :** Gestionnaire, BC FRIENDS For Life Program, Child and Youth Mental Health Services **Organisme :** British Columbia Ministry of Children and Family Development **Courriel :** mcf.cymhfriends@gov.bc.ca **Téléphone :** s.o.

10. Active Choices: A Physical Activity Telephone Support Program

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 11:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.selfmanagementbc.ca/activechoicestelphonesupportprogram
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de la sédentarité des adultes. Un programme téléphonique individuel qui encourage les participants à faire régulièrement des exercices d'aérobic a été lancé en Colombie-Britannique en 2010. Les ressources se composent notamment d'un coordonnateur du personnel et d'« entraîneurs » qui participent à un programme de bénévolat.



CONTACT INFORMATION:

Nom : Angela Sealy Titre : **Coordonnatrice, programme Active Choices** **Organisme :** Centre sur le vieillissement de l'Université Victoria **Courriel :** angela.activechoices@shaw.ca **Téléphone :** 604-522-1492 ou 1-877-522-1492

11. A GP for Me: An Initiative to Match British Columbians with Family Doctors

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 11:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.agpforme.ca/
--	--	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question du renforcement du système de soins de santé primaires et de l'amélioration des résultats sur la santé en aidant les gens qui veulent un médecin de famille à en avoir un. Le projet pilote, qui a été lancé en Colombie-Britannique dans trois collectivités, faisait appel à quelque 300 médecins de famille.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jonathan Agnew Titre : **Directeur exécutif, Soutien et qualité de la pratique** **Organisme :** BCMA **Courriel :** jagnew@bcma.bc.ca **Téléphone :** 604-638-2833

12. VivoSpace

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

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

13. Positive Parenting Program (Triple P) International ou le programme de parentage positif (Triple P) International

Implementation Year: Mercredi, janvier 30, 1980 - 00:45	Location: International	Practice Website: www.triplep.net
---	--------------------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question des problèmes de comportement et des problèmes affectifs des enfants et des jeunes en éduquant et en soutenant leurs parents. Cette pratique a été instaurée en Australie pendant une longue période de temps dans des milieux communautaires et de soins primaires à l'aide de professionnels de la santé formés et d'autres praticiens Triple P.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Debbie Easton Titre : **Personne-ressource locale pour le Canada** **Organisme :** Triple P International **Courriel :** Debbie@triplep.net **Téléphone :** 905-392-6976 Dernière mise à jour : Le 4 juillet 2013

14. Intervention psychosociale et psychoéducatrice pour les personnes qui ont fait des tentatives de suicide récurrentes (PISA) : une approche thérapeutique collective pour diminuer les comportements suicidaires en Ontario

Implementation Year:	Location: Ontario	Practice Website: N/a
-----------------------------	--------------------------	------------------------------



Mercredi, janvier 20, 1999 - 02:00		
---	--	--

SNAPSHOT:

Cette approche novatrice vise à diminuer les comportements suicidaires parmi les personnes qui ont tenté de se suicider au moins deux fois. La pratique a été lancée en 1999 dans un hôpital universitaire de Toronto, en Ontario. Elle est dirigée par deux animateurs agréés dans leur profession qui ont été formés en intervention ainsi que par un pair animateur diplômé du programme.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Yvonne Bergmans Titre : Conseillère en prévention du suicide Organisme : Hôpital St. Michael – Université de Toronto Courriel : Bergmansy@smh.ca Téléphone : 416-864-6060, poste 4078 Dernière mise à jour : Juin 2013

15. Programme Solidaires pour la vie / Partners for Life

Implementation Year: Mercredi, février 3, 1999 - 01:00	Location: Québec	Practice Website: www.fondationdesmaladiesmentales.org
---	-------------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à aborder le problème de la dépression non diagnostiquée chez les jeunes qui pourrait mener au suicide. Ce programme a été lancé aux quatre coins de la province de Québec en 1998. Des équipes d'« animateurs » formés donnent des séances d'éducation et font un suivi dans les écoles secondaires de la province.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Catherine Burrows Titre : Directrice des programmes jeunesse Organisme : Fondation des Maladies Mentales / Mental Illness Foundation Courriel : cburrows@fondationdesmaladiesmentales.org Téléphone : 514-529-5354 Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

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

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2008 - 00:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.mountsinai.on.ca/care/reitman
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

17. Premiers soins en santé mentale Canada

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2006 - 00:15	Location: National	Practice Website: http://www.premierssoinssantementale.ca/
---	---------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin, pour l'ensemble de la population, de mieux connaître la santé mentale afin de faciliter le dépistage précoce des troubles mentaux et de prendre des mesures de prévention et d'intervention.



CONTACT INFORMATION:

Nom : Meaghan Reid **Titre :** Directrice, Premiers soins en santé mentale Canada **Organisme :** Commission de la santé mentale du Canada **Courriel :** mhfa@mentalhealthcommission.ca **Téléphone :** 613-683-3738 **Dernière mise à jour :** Le 25 juin 2013

18. Programme de chiens d'assistance pour les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2002 - 00:15	Location: Manitoba	Practice Website: http://msar.ca/?page_id=213
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice apporte un soutien aux membres des Forces canadiennes, retraités ou actifs, qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Lancée à Winnipeg, au Manitoba, la pratique met à contribution un dresseur principal de chiens d'assistance ainsi que plusieurs dresseurs bénévoles.

CONTACT INFORMATION:

Nom : George Leonard **Titre :** Maître-chien de la MSAR **Organisme :** MSAR Search and Rescue **Courriel :** GL@msar.ca

19. Planificateur des écoles en santé du Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES)

Implementation Year: Mardi, février 3, 2009 - 00:15	Location: National	Practice Website: http://eng.jcsh-cces.ca
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice se penche sur la nécessité d'assurer un milieu scolaire en santé afin d'aider les élèves à réussir sur le plan académique et à faire des choix sains. Plus de 400 écoles d'un bout à l'autre du Canada ont utilisé le planificateur des écoles en santé mis à jour.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Mme Katherine Kelly **Titre :** Directrice exécutive **Organisme :** Secrétariat du Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES) **Courriel :** kakelly@gov.pe.ca **Téléphone :** 902-888-8029 **Dernière mise à jour :** Le 2 juillet 2013

20. CHC Collaborative Framework for Elder Abuse Detection and Intervention (cadre de collaboration des centres de santé communautaires axé sur le dépistage de la violence envers les aînés et l'intervention)

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2012 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: N/a
---	--------------------------	------------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de la maltraitance des personnes âgées, que l'Organisation mondiale de la Santé a définie comme un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jennifer Josephson **Titre :** Travailleuse en santé communautaire et des aînés **Organisme:** Centre de santé communautaire de Brock, www.brockchc.ca **Courriel :** jjosephson@brockchc.ca **Téléphone :** 705-432-3322 **Dernière mise à jour :** Le 4 juillet 2013

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

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

SNAPSHOT:



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

CONTACT INFORMATION:

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

22. La santé mentale au travail

Implementation Year: Samedi, février 3, 2001 - 02:45	Location: National	Practice Website: http://www.mentalhealthworks.ca/fr/about
---	---------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question de la santé mentale en milieu de travail. Lancée en Ontario, la pratique est maintenant mise en place dans plusieurs organisations par des formateurs qui éduquent les employeurs.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Kathy Jurgens **Titre :** Gestionnaire nationale du programme **Organisme :** La santé mentale au travail Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario **Courriel :** kjurgens@ontario.cmha.ca **Téléphone :** 416-977-5580, poste 4120 **Dernière mise à jour :** Le 4 juin 2013

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

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

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

24. Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail

Implementation Year: Samedi, mars 2, 2013 - 00:45	Location: National	Practice Website: www.csa.ca/z1003/
--	---------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: Sapna Mahajan, MPH, PMP **Title:** Director, Prevention and Promotion Initiatives **Organization:** Mental Health Commission of Canada **Email address:** smahajan@mentalhealthcommission.ca **Telephone number:** 403.385.4054 **Information last updated on:** June 14, 2013

25. Des soins dentaires accessibles à tous grâce aux services dentaires gériatriques spécialisés

Implementation Year: Mercredi, mars 2, 2011 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website: http://www.runnymededentalcentre.com/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique dentaire novatrice aborde la question de l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires des personnes dont l'état physique, médical ou cognitif est contraignant. La clinique vise à intégrer en douceur des services cliniques dentaires pour un éventail de patients, y compris pour les cas les plus complexes. Lancée en Ontario en janvier 2011, cette initiative prend la forme d'une clinique dentaire spécialisée indépendante qui est exploitée dans un milieu hospitalier.



CONTACT INFORMATION:

**Nom : Dre Natalie Archer Titre : Organisme : Centre dentaire Runnymede Courriel : runnymededental@drarcher.ca Téléphone : 416-763-2000
Dernière mise à jour : Le 1er mai 2013**

26. La recherche visuelle participative

Implementation Year: Mercredi, mars 4, 2009 - 01:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
---	--	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice fait appel à une approche axée sur la restauration afin de lutter contre le nombre grandissant d'infections associées aux soins de santé. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans un milieu clinique, met à contribution une équipe formée d'infirmières praticiennes autorisées et d'administrateurs d'hôpitaux. Un praticien est nécessaire pour saisir les données visuelles tandis que d'autres administrateurs et praticiens peuvent ensuite formuler les recommandations qui s'imposent.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Patricia Marck Titre : Professeure et directrice, doyenne associée Organisme : École des sciences infirmières, campus Okanagan de la Faculté de la santé et du développement social de l'Université de la Colombie-Britannique Courriel : patricia.marck@ubc.ca Numéro de téléphone : 250-807-8417 Dernière mise à jour : Le 31 mai 2013

27. Diminution des infections urinaires parmi les patients des services de chirurgie

Implementation Year: Lundi, février 7, 2011 - 00:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	--	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à réduire les infections urinaires liées à des cathéters parmi les patients des services de chirurgie. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique au Peach Arch Hospital, met à contribution quatre infirmières de l'équipe de chirurgie, un conseiller du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP), un commis, un examinateur clinique chirurgical, un gestionnaire des chirurgies ainsi que des membres du personnel du service des urgences, de la prévention des infections et de la salle d'opération.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Susann Camus Titre : Conseillère en amélioration de la qualité du NSQIP Organisme : Fraser Health Courriel : Susann.Camus@fraserhealth.ca Téléphone : s.o.

28. Young Carers Program (programme des jeunes soignants) du Hospice Toronto (centre de soins palliatifs de Toronto)

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: http://ycptoronto.weebly.com/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice vise à renforcer les jeunes soignants à l'aide de l'intégration des services pour les enfants et les jeunes et des services pour les adultes afin de collaborer ensemble de façon à faire connaître les jeunes soignants et à relier les familles à des services de soutien.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Larisa MacSween Titre : Gestionnaire, Young Carers Program (programme des jeunes soignants) Organisme : Hospice Toronto Courriel : larisa.macsween@hospicetoronto.ca Numéro de téléphone : 416-364-1666 Dernière mise à jour : 17 avril 2013

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

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



SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

30. Thrive! A Plan for a Healthier Nova Scotia (le plan Thrive! pour une Nouvelle-Écosse en meilleure santé)

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:00	Location: Nouvelle-Écosse	Practice Website: https://thrive.novascotia.ca/about-thrive
---	----------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Caroline Whitby **Titre :** Coordinatrice de la mise en œuvre du plan Thrive! **Organisme :** Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse
Courriel : Caroline.whitby@gov.ns.ca **Téléphone :** 902-424-1686



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

Le programme I COUGH : utiliser les données du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) de l'American College of Surgeons (ACS) afin de mettre au point une norme en matière de soins pour la prévention de la pneumonie postopératoire

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la nécessité de diminuer le nombre de complications respiratoires postopératoires ainsi que la dépendance à la ventilation assistée. Lancée aux États-Unis sur les deux campus du Boston Medical Centre, la pratique mettait à contribution une équipe interprofessionnelle composée de chirurgiens, de chirurgiens en résidence, de spécialistes de la médecine interne, d'infirmières, d'experts de l'amélioration de la qualité et de la lutte contre les infections, d'inhalothérapeutes et de physiothérapeutes.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les complications respiratoires — y compris la pneumonie et la dépendance à la ventilation assistée — sont au nombre des complications les plus courantes qui surviennent à la suite d'une intervention chirurgicale. Des données du [National Surgical Quality Improvement Program](#) (NSQIP) de l'American College of Surgeons (ACS) peuvent être utilisées pour suivre ces complications et pour comparer le rendement des facteurs de risques respiratoires par rapport à ceux des autres établissements. Par exemple, en consultant les données du NSQIP, le Boston Medical Centre a appris que son hôpital avait une incidence plus importante que prévue de complications pulmonaires postopératoires et de complications de thromboembolies veineuses. Il fallait régler ce problème, mais il y avait peu de données sur les directives relatives aux pratiques exemplaires liées aux soins pulmonaires postopératoires. Une vérification des pratiques cliniques a révélé un manque de cohérence sur les plans de la sensibilisation des patients à l'importance de la spirométrie incitative et des directives en ce sens. Il n'y avait pas de formation préopératoire et les familles des patients n'étaient généralement pas incluses dans les discussions. Les directives données par les médecins aux infirmières au sujet de la mobilisation postopératoire étaient irrégulières ou absentes. En août 2010, le Boston Medical Centre a donc décidé de créer son propre programme appelé I COUGH afin de suivre les indicateurs de soins pulmonaires, de réduire de moitié le nombre de patients qui contractent une pneumonie postopératoire et de diminuer la dépendance à la ventilation assistée parmi ces patients.

I COUGH est l'abréviation pour *incentive spirometry* (spirométrie incitative), *coughing ou deep breathing* (toux ou respiration profonde), *oral care* (soins buccodentaires) *understanding* (compréhension), *patient and staff education* (éducation des patients et du personnel), *getting out of bed at least three times daily* (sortir du lit au moins trois fois par jour) et *head-of-bed elevation* (élévation de la tête de lit). Le programme aborde les soins respiratoires et l'éducation. En amenant les patients à être plus actifs après l'intervention chirurgicale, le programme met également l'accent sur la prévention de la thromboembolie veineuse. Avant leur admission, les patients reçoivent des brochures et regardent une vidéo sur l'importance de participer au programme I COUGH. Ils reçoivent également des directives sur le mode d'emploi de la spirométrie incitative. Après la chirurgie, les infirmières du Boston Medical Centre soignent les patients selon les directives relatives aux soins pulmonaires qu'elles reçoivent des chirurgiens par voie électronique. Ces directives orientent les soins normalisés des patients.

Depuis que le programme est branché sur les directives des médecins informatisées, les étapes du programme I COUGH sont automatiquement commandées pour tous les patients.

RÉPERCUSSIONS :

Les progrès ont été surveillés tout au long de la mise sur pied du programme I COUGH et les résultats ont été signalés dans



différents journaux médicaux, dans le cadre de conférences sur le NSQIP ainsi que dans un article paru dans la publication à comité de lecture *JAMA Surgery Journal*.

Les constatations ont montré que l'intervention avait diminué le risque de pneumonie à la suite d'une chirurgie (à un ratio de 2,13 entre les pneumonies observées et prévues par rapport à un risque relatif de 1,58 respectivement) et d'intubation imprévue (à un ratio de 2,10 entre les intubations observées et prévues par rapport à un risque relatif de 1,31 respectivement) dans l'établissement. Après l'arrivée du programme I COUGH, un ensemble de directives normalisées établi, ainsi que des exigences en matière de documentation pour les soins infirmiers, ont montré que les patients et leurs familles étaient couramment sensibilisés par les infirmières et les chirurgiens dans des milieux variés, comme des cliniques préopératoires, des aires d'attente préopératoires et des unités postopératoires. La mobilisation se fait maintenant de façon normalisée.

Les coûts des complications graves peuvent varier entre 18 000 \$ et 52 000 \$ par épisode. Le Boston Medical Centre a estimé que ces interventions avaient permis d'économiser au moins un million de dollars.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme, qui a été créé par le Boston Medical Centre, est une marque de service déposée de BMC Corporation. Il a depuis été mis sur pied par la Vancouver Coastal Health Authority (VCH). En septembre 2012, l'hôpital général de Vancouver, dans la région de la VCH, s'est également servi des données du NSQIP et a décelé des complications pulmonaires postopératoires dans un secteur problématique. Les responsables de l'hôpital ont décidé de se servir du programme I COUGH comme d'un outil de vérification et d'utiliser les cycles Planifier, réaliser, étudier et agir (PREA) pour se concentrer sur la spirométrie, l'éducation, la toux et la respiration profonde, qui sont devenus leurs domaines cibles. En faisant la promotion du programme I COUGH, l'hôpital général de Vancouver a incité son personnel à réduire de moitié les taux de pneumonie postopératoire parmi les patients qui subissent des chirurgies générales, qui ont des maladies vasculaires et qui ont besoin de soins en oto-rhino-laryngologie. Les résultats de cette intervention n'ont pas encore été publiés. La mise en place du programme I COUGH exige le soutien d'un personnel médical qui possède l'expertise et l'influence nécessaires pour mener l'initiative et pour attacher une grande importance à la formation et à la mobilisation du personnel.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : s.o.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : David McAneny

Titre : Médecin en titre

Organisme : Boston University Medical Centre, section de l'oncologie chirurgicale et de la chirurgie endocrinienne, service de chirurgie

Courriel : david.mcaneny@bmc.org

Téléphone :

Dernière mise à jour : Le 6 août 2013

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

News-Medical.net. (5 octobre 2012) *I Cough program reduces likelihood of respiratory complications in surgical patients*. Extrait de :

<http://www.news-medical.net/news/20121005/I-COUGH-program-reduces-likelihood-of-respiratory-complications-in-surgical-patients.aspx>

Boston Trauma. (19 juillet 2011). *How one Boston Medical Center program saves lives and money*. Extrait de :

<http://bostontrauma.wordpress.com/tag/icough/>

Camus, S. (7 juin 2013). *Fraser Health NSQIP teams & interventions*. Extrait de :

http://bcpsqc.ca/documents/2013/05/BC-Working-Group_site-updates.pdf

The BMC Brief. (19 juillet 2011). *Decreasing pulmonary complications with I COUGH*. *The BMC Brief*, 1(5). Extrait de :

<http://www.bmc.org/bmc-brief/5.htm#icough>



Boston Medical Center. (sans date) I COUGH samples. [vidéo]. Extrait de : <http://vimeo.com/channels/icough>

Siu, I. (2012). *NSQIP supports pneumonia prevention at Vancouver General Hospital*. [Notes d'une présentation donnée à l'occasion du forum sur la qualité de la sécurité des patients (BCPSQ) en Colombie-Britannique].

Publication :

Cassidy, M.R., Rosenkranz, P., Weinstock, K. et McAney, D. (2013) *ICOUGH : Reducing postoperative pulmonary complications with a multidisciplinary patient care program*. Résumé extrait de : <http://www.nesurgical.org/meeting/abstracts/2012/1.cgi>



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

Piloting the Use of Equity-focused Health Impact Assessment (EfHIA) as a Planning Tool in Manitoba (la mise à l'essai de l'utilisation de l'évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité comme outil de planification au Manitoba)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin de planifier les politiques, les programmes et les services en dehors du secteur de la santé en fonction de leurs incidences sur la santé de la population et l'égalité en matière de santé. Une évaluation pilote des incidences sur la santé orientée sur l'égalité s'est déroulée au Manitoba en 2011 pendant la planification de la mise sur pied d'un programme de pratiques parentales positives (Triple P).

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Une évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité est un outil de planification utilisé pour estimer les retombées imprévues et systémiques des politiques ou des plans, des stratégies, des décisions, des programmes ou des services qui influent sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats différentiels, en particulier pour les groupes les plus marginalisés de la société. Les étapes normales de cette évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité comprennent : 1) le dépistage; 2) l'établissement de la portée des incidences; 3) la détermination des incidences possibles; 4) l'évaluation des répercussions; 5) la formulation de recommandations; et 6) l'évaluation ou la surveillance des changements. Le cadre nécessite une analyse explicite de l'égalité à chaque étape. Lors de ce projet pilote, le cadre a été utilisé afin d'analyser le plan pour un programme de formation au rôle de parent proposé, ci-dessous, en :

- concentrant l'évaluation sur certaines dimensions rattachées à l'égalité en matière de santé, dans ce cas-ci, l'accès et les résultats attendus liés au programme;
- réunissant de l'information sur les incidences possibles à l'aide d'un examen de la documentation, d'un profil démographique ou de la santé de la population cible, de groupes de discussion communautaires et d'entrevues avec des représentants du projet Enfants en santé Manitoba (HCM);
- évaluant les incidences possibles (le programme n'est peut-être pas adapté aux différences culturelles);
- formulant des recommandations afin de trouver des moyens pour favoriser une plus grande équité en termes d'accès et de résultats (par exemple pour les aînés et les organismes autochtones) en créant du contenu et des modules de formation supplémentaires.

L'initiative évaluée était le programme de pratiques parentales positives (Triple P) qui s'adresse aux parents d'adolescents ainsi qu'aux personnes qui prennent soin d'adolescents. Le programme Triple P est un système de soutien au parentage qui vise à prévenir et à traiter les problèmes de comportement et émotionnels des enfants et des adolescents. Le gouvernement du Manitoba met en place le programme Triple P dans le cadre de la stratégie Enfants en santé Manitoba depuis 2005. L'accent a d'abord été accordé aux familles qui avaient des enfants de moins de 12 ans. En 2011, les responsables de l'initiative Enfants en santé Manitoba ont songé à étendre le programme Triple P de manière à répondre aux besoins des parents d'adolescents. Étant donné que le programme proposé serait basé sur une population et que la participation des organismes au programme serait volontaire, on a pensé qu'une évaluation des incidences du programme sur la santé orientée sur l'égalité pourrait déterminer le risque d'inégalités en matière de santé.



La pratique impliquait une approche intentionnelle et systématique de l'analyse des incidences sur la santé orientée sur l'égalité par rapport à la planification des politiques et des programmes. L'Agence de la santé publique du Canada, qui était un partenaire actif du projet, se chargeait du financement.

RÉPERCUSSIONS :

Les recommandations présentées aux responsables gouvernementaux, dans le cadre du projet pilote, pour la mise en place d'autres mesures dans l'objectif de favoriser une plus grande équité ont été bien accueillies. On a déterminé que ces recommandations seraient abordées dans la planification de la mise en œuvre révisée pour ce programme et qu'elles constitueraient des facteurs à prendre en considération pour la planification d'autres programmes. Comme le programme de formation au rôle de parent évalué n'a pas encore été déployé, l'évaluation pilote des incidences sur la santé orientée sur l'égalité réalisée au Manitoba ne comporte pas une évaluation des résultats à cette étape-ci. Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique peut donner des résultats positifs sur la santé.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité jouit d'une popularité grandissante au Canada. Ce type d'évaluation et des méthodes similaires sont de plus en plus mis en place en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. En outre, l'Organisation mondiale de la Santé a exigé que des évaluations des incidences sur l'égalité en matière de santé soient réalisées pour les accords économiques, pour la réglementation des marchés ainsi que pour les politiques publiques. La démarche du Manitoba mise sur la réussite de la collaboration australasienne pour un cadre d'évaluation des incidences sur l'égalité en matière de santé en 2004.

Voici quelques-unes des difficultés et des leçons tirées du projet pilote :

- La nature du programme évalué se prêtait aux incidences proximales, comme l'accès, et non aux incidences à long terme sur la santé.
- Il est difficile en soi de mobiliser des parents qui font partie de groupes souvent marginalisés.
- Compte tenu de la nature exhaustive de l'évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité, il peut être ardu de synthétiser et de pondérer le vaste éventail de données probantes qui doivent être amalgamées et rassemblées.
- Même si les responsables de l'initiative Enfants en santé Manitoba étaient disposés à examiner le programme Triple P « au microscope », les autres ministères ou organismes gouvernementaux ne seront peut-être pas prêts à en faire autant.

Les chercheurs ont également souligné que l'absence d'une infrastructure établie et d'évaluateurs locaux pour l'évaluation des incidences sur la santé orientée sur l'égalité au Manitoba signifiait que le projet pilote correspondait à une expérience d'apprentissage par la pratique. Les chercheurs ont recommandé de renforcer les capacités en ce sens au Manitoba. Le bureau de l'initiative Enfants en santé Manitoba discute actuellement des meilleures façons de collaborer avec des partenaires faisant partie d'autres systèmes afin de concevoir un ensemble d'outils communs dans le but de renforcer les capacités.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : http://www.gov.mb.ca/healthychild/pdre/pop_based.html

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Benita Cohen, Ph.D.

Titre : Professeure agrégée

Organisme : Université du Manitoba, Faculté des sciences infirmières

Courriel : Benita.Cohen@umanitoba.ca

Téléphone : 204-474-9936

Dernière mise à jour : Le 31 juillet 2013



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

Communications personnelles :

Cohen, B., Feldgaier, S. et Serwonka, K. (entrevue, 17 juillet 2013; examen, 31 juillet 2013). [Feldgaier & Serwonka: Government of Manitoba; Cohen: University of Manitoba].

Publications

Cohen, B.E. (novembre 2012). *An Equity-focused health impact assessment (EfHIA) of Manitoba's proposed Teen Triple P parenting program: Pilot program summary report*. Non publié.

Gottlieb, L.M., Fielding, J.E. et Braveman, P.A. (2012). Health impact assessment: Necessary but not sufficient for healthy public policy. *Public Health Reports*, 127, 156–162. Extrait de : <http://publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=2819>

Mahoney, M., Simpson S., Harris E., Aldrich R. et Stewart Williams, J. (2004). *Equity-focused health impact assessment framework*. Newcastle, Australia: 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

Povall, S.L., Haigh, F.A., Abrahams, D. et Scott-Samuel, A. (2013). Health equity impact assessment. *Health Promotion International*. doi: 10.1093/heapro/dat012. Extrait de : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/28/heapro.dat012.full.pdf+html>

Autre Jackson, B., Cohen, B., Feldgaier, S. et Serwonka, K. (31 août 2012). *Piloting equity focused health impact assessment on the proposed teen Triple P positive parenting program: An intersectoral collaboration*. [Notes d'une présentation donnée à l'occasion de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé à Québec]. Extrait de : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/5G_BethJackson.pdf

External Source: http://www.gov.mb.ca/healthychild/pdre/pop_based.htm



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

Healthy Development Index: Evaluating Municipal Planning from a health-Impact Perspective (indice de développement sain : évaluer la planification municipale sous l'angle des incidences sur la santé)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin pour des outils de planification afin de favoriser le développement d'un milieu bâti sain. Élaboré en Ontario en 2009, l'indice de développement sain (Healthy Development Index) faisait appel à une équipe de recherche, à des intervenants municipaux ainsi qu'à des promoteurs du secteur privé.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les responsables de la région de Peel ont conçu l'indice de développement sain (IDS), un outil de planification municipale qui vise à aménager un milieu bâti sain. L'indice est un outil fondé sur des données probantes qui facilite l'évaluation des projets de planification pour les immeubles, les espaces, les paysages et les systèmes de transport sous l'angle des incidences sur la santé. L'indice apporte des données scientifiques probantes qui corroborent le besoin de concevoir des plans d'aménagement afin de respecter les critères de planification et les seuils liés aux incidences sur la santé et de résister aux examens minutieux effectués pendant les audiences des comités d'appel.

Un groupe de recherche au Centre for Research on Inner City Health a été chargé de concevoir l'indice. Son travail consistait notamment à procéder à un examen systématique de la documentation afin de déterminer des éléments précis de l'utilisation des terrains qui avaient un lien solide avec les activités physiques des résidents de la collectivité. Les sept éléments de l'indice de développement sain suivants sont ressortis : 1) la densité; 2) la proximité aux services et au transport en commun; 3) les diverses utilisations des terrains; 4) la connectivité des rues; 5) les caractéristiques du paysage des rues (réseau routier, trottoirs); 6) le stationnement; et 7) l'esthétisme et la dimension humaine. Ces éléments ont été répartis sous forme de mesures. On a procédé à des consultations auprès des intervenants, à une analyse des lacunes dans les politiques et à une validation à l'aide de systèmes d'information géographique (SIG) et on a établi des normes minimales (cibles et portées). Voici un exemple d'un élément, d'une mesure associée à cet élément et de trois seuils applicables :

Élément de base : 2 (proximité des services et du transport en commun)

Mesure : proximité à des services et des emplois variés

Seuils de développement (cibles et portées) :

- Au moins 75 % des unités résidentielles ne doivent pas être situées à plus de 800 m d'au moins cinq services publics présents dans le quartier.
- Au moins 75 % des unités résidentielles ne doivent pas être situées à plus de 800 m d'au moins sept services de détail présents dans le quartier.
- Le centre de la collectivité principalement résidentielle ne doit pas être situé à plus de 800 m d'un nombre d'emplois à temps plein et à temps partiel qui équivaut à la moitié de la quantité totale de logements de la collectivité.

Une phase de mise au point a permis de faire des essais pilotes sur les cibles et les portées par rapport à trois plans d'emplacement de type « néo-urbanisme » et à deux plans d'emplacement de type « banlieue traditionnelle » pour la région de Peel. Un plan de mise en œuvre a ensuite été conçu afin d'intégrer les cibles et les portées mises au point au processus



d'approbation de développement en place.

Cette pratique est novatrice parce qu'elle constitue un outil pratique pour intégrer les facteurs à prendre en considération dans le cadre du processus de planification municipale pour aménager un milieu bâti sain.

RÉPERCUSSIONS :

Cet outil a été réalisé en 2009 et ses résultats n'ont pas encore été évalués. Par contre, les témoignages personnels, les observations et la recherche effectuée pendant la phase de conception donnent à entendre que cette pratique peut avoir des résultats positifs sur la santé. L'indice de développement sain a été intégré à la politique de planification régionale et municipale notamment comme suit :

- Le plan officiel de la région de Peel, qui est en voie de subir une autre modification.
- La Ville de Caledon, la Ville de Mississauga et la Ville de Brampton ont adopté les résolutions de leur conseil qui visaient à tenir compte des incidences sur la santé dans les demandes de planification et de développement (le 14 février 2012, le 9 mai 2012 et le 6 juin 2012 respectivement).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'indice de développement sain n'a pas été adapté à partir d'une autre administration. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres régions géographiques. Voici quelques considérations à l'égard de l'applicabilité et de la transférabilité de cette pratique :

- L'indice de développement sain est plus utile lorsqu'il est utilisé comme un document de référence conjointement avec les documents de planification, comme les plans-cadres.
- Étant donné que les planificateurs et les conseillers doivent tenir compte de plusieurs lignes directrices, par exemple le patrimoine, la durabilité et le cyclisme, lorsqu'ils examinent des demandes de développement, l'indice de développement sain peut être en concurrence avec d'autres plans d'action.
- L'intégration des éléments fondamentaux de l'indice de développement sain à un processus de planification gouvernemental peut s'avérer difficile pendant une période de « rationalisation ». Les responsables de la région de Peel ont dirigé la conception d'une trousse d'outils* supplémentaire et trouvé des débouchés pour l'indice de développement sain auprès des promoteurs.
- La coordination des priorités et des ressources existantes entre des organismes gouvernementaux et des ministères disparates est ardue, sans compter que les municipalités sont favorables à une orientation provinciale.

*En 2011, les responsables de la santé publique de la région de Peel et de Toronto ont parrainé la conception d'un cadre d'étude sur les antécédents en matière de santé et d'une trousse d'outils (trousse d'outils pour l'étude des antécédents en matière de santé) afin d'aider les promoteurs, les employés chargés de la planification municipale et les employés de la santé publique à intégrer les éléments liés aux incidences sur la santé au processus d'approbation de l'utilisation des terrains. La trousse d'outils comprend des paramètres ainsi qu'un guide de l'utilisateur. L'indice de développement sain et la trousse d'outils pour l'étude des antécédents en matière de santé étaient financés par le Partenariat canadien contre le cancer.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : www.peelregion.ca/health/resources/healthbydesign/our-initiatives.htm

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Gayle Bursey
Titre : Directrice de la prévention des maladies chroniques et des blessures
Organisme : Région de Peel
Courriel : Gayle.Bursey@peelregion.ca
Téléphone : 905-791-7800, poste 2617

Dernière mise à jour : Le 27 juin 2013



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

Communications personnelles :

Burse, G. et Fitzpatrick, S. (entrevue, 31 juillet 2013; rétroaction, 1^{er} août 2013). [Région de Peel].

Publications

Dunn, J., Creatore, M., Peterson, E., Weyman, J. et Glazier, R. (2009). *Final report: Peel Healthy Development Index*. Extrait de : <http://www.peelregion.ca/health/urban/pdf/HDI-report.pdf>

The Planning Partnership. (27 mai 2011). *Region of Peel Health Background Study: Development of a health background study framework*. Extrait de : www.peelregion.ca/health/resources/healthbydesign/pdf/Final_HBS_Framework_Report.pdf

Autre profil :

Mandoda, S. (2013). *Peel Region's Healthy Development Index*. Extrait de : <http://hcbd-clasp.com/2013/07/23/peel-regions-healthy-development-index/>

Autre :

Burse, G. (22 mai 2012). *Health by design: Incorporating health impacts in urban planning policy, Peel Region, Ontario, Canada*. [Notes d'une présentation donnée dans le cadre de la réunion Fit Cities, Fit World]. Extrait de : <http://www.peelregion.ca/health/resources/healthbydesign/pdf/Fit-Cities-Fit-World-Meeting.pdf>

External Source: www.peelregion.ca/health/resources/healthbydesign/our-initiatives.htm



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

Heart Healthy Kids (H2K)

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

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

RÉPERCUSSIONS :

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



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

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

PERSONNE-RESSOURCE :

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

Dernière mise à jour : Le 27 juin 2013

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

Communications personnelles :

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

Autres :

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

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



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

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

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



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

programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de Fraser Health : des services de soutien communautaires en santé mentale pour les patients atteints de schizophrénie qui souffrent d'une psychose résistante au traitement

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin d'assurer une gestion dans la collectivité ainsi que des services de soutien pour les patients schizophrènes qui souffrent d'une psychose résistante au traitement. Lancé en juillet 2011 dans une région de la santé (Fraser Health), le programme met à contribution une clinique centrale ainsi que trois équipes de services communautaires.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques a commencé en juillet 2011 sous la forme d'un prototype pour un programme communautaire régional au sein de Fraser Health à l'aide d'une clinique centrale régionale pour le traitement des psychoses et de trois équipes de services communautaires. Le programme est devenu permanent après une année d'essai. Ce programme vise à évaluer et à traiter les patients qui souffrent d'une psychose résistante au traitement à Fraser Health afin de diminuer leurs admissions à l'hôpital et aux services d'urgence et d'améliorer les résultats liés à leur santé ainsi que leur qualité de vie.

La schizophrénie toucherait approximativement un pour cent de la population, ce qui représente plus de 15 000 hommes et femmes qui habitent dans la région de Fraser Health. Environ le tiers de ces personnes, soit 5 000 patients, souffriront d'une psychose résistante au traitement et seront donc admissibles au programme d'optimisation des traitements antipsychotiques. Une gestion inadéquate de ce groupe de patients augmente le nombre de jours passés à l'hôpital, multiplie les années de productivité perdues et mène à des décès prématurés, attribuables à des états pathologiques non traités, ainsi qu'à des suicides.

Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques constitue un modèle de soins global qui améliore l'accès aux évaluations et aux suivis, la coordination des soins pour les patients ainsi que le soutien pour commencer l'administration de la clozapine dans l'ensemble de Fraser Health. La collaboration entre les professionnels en santé mentale et en soins primaires améliore la gestion médicale des patients atteints d'une psychose résistante au traitement, ce qui a pour effet de diminuer la morbidité et la mortalité de ce groupe de patients grâce à une surveillance et à une gestion métaboliques supérieures. Les équipes du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques proposent une approche interprofessionnelle collaborative de la gestion des personnes qui répondent mal à un traitement en encourageant un dépistage plus précoce, une planification fondée sur des données probantes, un soutien pendant la mise en place et une surveillance du traitement.

RÉPERCUSSIONS :

Parallèlement à une tendance provinciale, le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques permet de recevoir les traitements dans la collectivité plutôt que dans un hôpital. Les séjours écourtés à l'hôpital perturbent moins la vie du patient. Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques apporte les avantages suivants : des visites dans les services d'urgence et des hospitalisations moins fréquentes, une meilleure qualité de vie pour les patients qui souffrent d'une psychose résistante au traitement, y compris un moins grand risque de suicide, un meilleur fonctionnement personnel et social et un fardeau allégé pour l'hôpital, la collectivité et le système de soins de santé mentale grâce aux meilleurs résultats des traitements.



Des consultations avec des psychiatres, des cliniciens en soins de santé mentale, des médecins de famille et des clients ont éclairé l'élaboration de ce modèle de programme. Le modèle est également soutenu par un examen de la documentation sur les pratiques exemplaires.

Du mois de juillet 2011 au 31 mars 2012, le programme pilote d'optimisation des traitements antipsychotiques comptait 194 aiguillages avec 164 patients inscrits au volet axé sur les psychoses résistantes aux traitements. Les patients inscrits à ce volet du projet pilote avaient réduit leurs visites aux services d'urgence de 91 % (de 33 à trois visites après le programme d'optimisation) ainsi que leurs admissions à l'hôpital de 76 % (de 51 avant le programme d'optimisation à 12 après le programme). Il s'agit d'une diminution de 80 % des jours d'hospitalisation après l'intervention du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques (de 1 455 jours d'hospitalisation avant le programme d'optimisation à 286 jours d'hospitalisation) et d'une réduction de 89 % des journées au cours desquelles des soins d'un autre ordre sont prodigués. Même si les économies réalisées pendant le projet pilote n'ont pas encore été entièrement analysées, les indicateurs donnent à entendre qu'elles pourraient être importantes.

Plus de 370 patients ont été évalués et épaulés grâce au programme d'optimisation des traitements antipsychotiques entre les mois de juillet 2011 et de mars 2013. Parmi ces patients, 141 ont commencé à prendre de la clozapine dans la collectivité lorsqu'ils le pouvaient. Les patients qui ont participé au programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de 2012 à 2013 ont continué de diminuer leurs admissions à l'hôpital (72 %) ainsi que leurs visites dans les services d'urgence (66 %). Ces patients fonctionnent mieux et jouissent d'une meilleure qualité de vie qu'au départ, comme en témoignent les améliorations observées, lors des évaluations qui ont été réalisées trois mois et six mois après le programme d'optimisation, selon l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique et le fonctionnement des patients dans leurs différents rôles et comme le prouvent les pointages obtenus avec l'échelle d'évaluation globale de la psychopathologie (GAP) et l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement professionnel et social (SOFA).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La conception du programme reposait sur une base solide de pratiques exemplaires documentées de la Grande-Bretagne, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande qui servait de plateforme à partir de laquelle le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques pouvait être élaboré.

Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques a été mis à l'essai dans quatre collectivités avant de s'étendre à toutes les collectivités de la région de Fraser Health. Ce prototype de Colombie-Britannique pourrait prendre de l'expansion dans d'autres régions de la santé de la province et être mis en application dans des collectivités d'un bout à l'autre du Canada. L'expérience de la conception et de la mise en œuvre du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques peut également permettre aux responsables d'autres programmes qui aimeraient créer des équipes interprofessionnelles de tirer des leçons dans le but de servir une population de clients vulnérables au sein d'un modèle communautaire.

Fraser Health demeure déterminée à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies mentales graves en soutenant des initiatives comme le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques et en partageant les enseignements avec les autres fournisseurs de soins de santé. À l'heure actuelle, Fraser Health entame des discussions avec d'autres régions de la santé de Colombie-Britannique dans le but de former un réseau pour favoriser la conception de ce genre de programme dans leurs régions sanitaires respectives.

Voici quelques « leçons tirées » pour la conception et la mise en œuvre du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques :

L'évaluation du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de Fraser Health a révélé que, pour assurer la réussite du projet, il fallait qu'une équipe interprofessionnelle spécialisée et hautement qualifiée travaille en collaboration afin de concevoir le programme et de le mettre sur pied dans un très court laps de temps. Comme l'équipe était souple et disposée à adapter ou à modifier les processus pendant toute la durée du programme, elle a pu s'attaquer aux obstacles en temps réel. De plus, en collaborant avec des médecins de l'étranger (du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande) qui avaient travaillé avec des programmes similaires, l'équipe a eu la chance de profiter de l'expérience pratique qu'ils avaient acquise avec la conception, la mise en place et la durabilité de ce genre de programme.

La conception expéditive du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques, et la capacité de gérer rapidement les défis cernés, ont été facilitées par les réunions fréquentes du comité directeur qui servaient de forums de discussion pour toute l'équipe. Par surcroît, les communications avec les fournisseurs de services de santé mentale dans l'ensemble de la région de Fraser Health étaient indispensables à la réussite du programme. Ces communications ont éclairé les psychiatres et les gestionnaires de cas sur l'existence du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques et les services offerts, ce qui était une condition préalable nécessaire pour les aiguillages.

SITE WEB DE LA PRATIQUE



:
http://physicians.fraserhealth.ca/resources/mental_health_and_substance_use/psychosis_treatment_optimization_program/psychosis_treatment_optimization_program

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^{re} Terry Isomura

Titre : Directrice médicale des programmes, santé mentale et consommation de drogues et d'alcool

Organisme : Fraser Health Authority

Courriel : terry.isomura@fraserhealth.ca

Téléphone : 604-587-4453

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

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

Communications personnelles :

Isomura, T. (rétroaction et examen, 1^{er} mai 2013). [Fraser Health Authority]

Publications :

Autres profils :

Autre :

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

posium on Integrated Care (2012).



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

Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) at Royal Columbian Hospital: Improving hospital workplace culture and safety (programme de sécurité globale dans les unités au Royal Columbian Hospital : améliorer la culture et la sécurité dans le milieu de

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin d'améliorer les résultats liés à la culture et à la sécurité dans le milieu de travail des hôpitaux. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans un milieu clinique, mettait à contribution une équipe de chirurgiens, des dirigeants de l'hôpital ainsi qu'un personnel clinique composé notamment de cliniciens, d'infirmières autorisées et de résidents.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Royal Columbian Hospital est un centre de traumatologie tertiaire de 430 lits régi par la Fraser Health Authority, qui sert 36 % de la population de la Colombie-Britannique. Même s'il constitue un centre de traumatologie important, le Royal Columbian Hospital est l'exemple d'un centre médical qui a souffert d'un travail d'équipe déficient et d'un mauvais climat en matière de sécurité. Au printemps 2012, le Royal Columbian Hospital a distribué un questionnaire sur les attitudes à l'égard de la sécurité qui abordait le climat, la satisfaction au travail, la reconnaissance du stress, les conditions de travail ainsi que les perceptions des cadres dirigeants et locaux. Les résultats du questionnaire ont indiqué des pointages sous-optimaux dans les services de chirurgie ainsi qu'un pointage largement inférieur au seuil du « danger » pour les risques liés à la culture. Les responsables du Royal Columbian Hospital ont donc lancé le programme de sécurité globale dans les unités dans le service de chirurgie générale en 2012 afin de changer la culture dans leur milieu de travail et d'améliorer les résultats pour leurs patients.

Le programme est conçu pour changer la culture en milieu de travail d'une unité en offrant une éducation, une sensibilisation un accès aux ressources organisationnelles ainsi qu'une trousse d'outils pour les interventions. Le cadre du programme de sécurité globale dans les unités comporte cinq étapes :

- 1) Enseigner au personnel la science de la sécurité ainsi que les principes fondamentaux d'un aménagement sécuritaire.
- 2) Amener les membres du personnel à déceler les lacunes en examinant les rapports d'incident et en leur demandant de quelles façons le prochain patient pourrait être lésé et ce qu'il faudrait faire pour prévenir ce méfait.
- 3) Créer des partenariats avec des dirigeants en invitant les membres exécutifs à interagir avec le personnel de l'unité et à discuter des problèmes de sécurité avec eux dans le cadre des visites mensuelles axées sur la sécurité.
- 4) Continuer de tirer des leçons des lacunes.
- 5) Mettre en place des outils pour améliorer et mesurer la conformité.

L'équipe de chirurgie du Royal Columbian Hospital a déterminé que les infections des sites opératoires constituent un domaine d'intervention central. Elle a suivi les cinq étapes du cadre du programme de sécurité globale dans les unités afin de déterminer les facteurs de risque les plus pertinents liés aux infections des sites opératoires et a mis en place les outils du programme afin de s'attaquer à ces facteurs de risques particuliers.



RÉPERCUSSIONS :

Les résultats du Royal Columbian Hospital ont été présentés à l'occasion du forum sur la qualité du BC Patient Safety & Quality Council, et le programme de sécurité globale dans les unités a été évalué dans de nombreuses sources, notamment dans des revues à comité de lecture ainsi que par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) aux États-Unis.

La première évaluation de la sécurité a permis de déterminer que la circulation constituait la principale cause de méfaits pour les patients, car elle comporte des distractions et elle perturbe le site opératoire, ce qui multiplie les infections du site opératoire. En se servant d'un outil de collecte de données, les responsables du Royal Columbian Hospital ont suivi le nombre de fois que les portes s'ouvraient pendant le séjour d'un patient ainsi que le nombre de personnes qui étaient sur place. En tout, huit cas ont été observés et les résultats ont indiqué que la porte était ouverte pendant 11,53 minutes pour chaque heure de chirurgie, et qu'elle restait ouverte plus longtemps pour les césariennes. Ces portes ouvertes provoquent une perturbation de la circulation de l'air 19 % du temps. Cette constatation a permis de déterminer qu'il fallait diminuer la congestion dans la salle d'opération et se concentrer sur les mesures qui diminuent l'écoulement de la circulation pendant les interventions.

Lors d'une deuxième évaluation du sondage, les responsables du Royal Columbian Hospital ont suivi les progrès et montré la conformité à l'aide d'un tableau de suivi. Le tableau, qui a été affiché dans le corridor de l'unité, a donné l'occasion à différents professionnels de la santé de commenter sur les progrès de l'unité selon différents paramètres liés aux infections des sites opératoires. Les résultats officiels de cette intervention pratiquée dans le cadre du programme de sécurité globale dans les unités et ses effets sur les taux d'infection des sites opératoires réels n'ont pas été publiés.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'intervention a été adaptée du projet Keystone 2003 dans le cadre duquel un programme de sécurité globale avait été mis en place dans 100 unités de soins intensifs dans le Michigan. Le projet visait à amener les cliniciens à suivre cinq procédures fondées sur des données probantes recommandées par les Centers for Disease Control and Prevention afin de diminuer les taux d'infection de la circulation sanguine associés à des cathéters. Les résultats du projet Keystone se sont traduits par une diminution de l'ordre de 66 % des taux d'infection au cours des trois premiers mois ainsi que par des économies de près de 200 millions de dollars pendant les 18 premiers mois du programme. Depuis ce temps, le programme de sécurité globale dans les unités a été mis en place dans plus de 40 unités au Johns Hopkins Hospital ainsi que dans des hôpitaux répartis dans 50 États américains. Le Royal Columbian Hospital prévoit également adapter le programme pour des unités qui ne sont pas vouées à la chirurgie générale. Le programme de sécurité globale dans les unités a été utilisé pour cibler un vaste éventail de problèmes comme les chutes des clients, les infections nosocomiales et les administrations de médicaments erronées, pour n'en nommer que quelques-uns.

Afin d'assurer une mise en place réussie du programme de sécurité globale dans les unités dans n'importe quel établissement, l'hôpital doit se préparer au moins deux mois à l'avance en procédant comme suit :

- Former une équipe interdisciplinaire de sécurité dans les unités.
- S'associer avec un haut dirigeant.
- Procéder à une évaluation de la culture.
- Recueillir des renseignements propres aux unités.

Le Johns Hopkins Center for Innovation offre une séance de formation de deux jours, des consultations en ligne ainsi qu'un webinaire d'initiation au programme de qualité globale dans les unités aux personnes qui aimeraient l'implanter dans leur établissement.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : s .o.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Michael Arget

Titre : Conseiller

Organisme : Fraser Health, amélioration de la qualité

Courriel : Michael.arget@fraserhealth.ca

Téléphone : s. o.



Dernière mise à jour : Le 6 août 2013

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

Arget, M. et Blair, N.P. (avril 2013). *On the CUSP at RCH*. [Notes d'une présentation donnée au forum sur la qualité du BC Patient & Quality Council]. Extrait de : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/arget-blair-cusp>

Johns Hopkins Medicine, Centre for Innovation in Quality Patient Care. (s.d.) *The Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP)*. Extrait de : http://www.hopkinsmedicine.org/innovation_quality_patient_care/areas_expertise/improve_patient_safety/cusp/

Agency for Healthcare Research and Quality. (s.d.). *Using a Comprehensive Unit-based Safety Program to prevent healthcare-associated infections*. Extrait de : <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/cusp/index.html>



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

: The Caregiver Support Project: A Self-Directed Care Model to Improve Resiliency among Seniors' Informal Caregivers (le projet de soutien aux aidants : un modèle de soins autogérés pour améliorer la résistance des aidants naturels des aînés)

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin d'améliorer la résilience des aidants vulnérables des personnes âgées qui habitent à la maison. La pratique, qui a été lancée en Ontario, mettait à contribution 321 aidants et 80 coordonnateurs de soins.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La population canadienne vieillit et les aidants naturels, c'est-à-dire les parents et amis qui apportent une aide non rémunérée en s'occupant notamment du transport et des soins personnels, sont de plus en plus importants pour le bien-être des aînés. Le projet de soutien aux aidants a été conçu pour prêter assistance aux aidants qui courent le risque de souffrir d'épuisement en raison du fardeau physique, émotionnel, social ou financier engendré par leur dévouement. Le programme, qui a été mis sur pied en 2011, est financé par le RLISS du Centre-Toronto dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Le projet de soutien aux aidants naturels permet aux soignants de déterminer leurs besoins, de préparer un budget pour les biens et services qui leur faciliteraient la tâche et de recevoir un financement maximum de 1 500 \$ par année. Les aidants qui sont incapables de s'autogérer sont mis en contact avec un coordonnateur de soins professionnel. Le programme se distingue des soins autogérés classiques, car les fonds généralement consentis aux organismes de fournisseurs de soins sont versés aux consommateurs afin qu'ils puissent payer et gérer eux-mêmes leurs soins. Les consommateurs, ou les aidants dans ce cas-ci, guident la planification des soins et assument le rôle d'expert. Le projet de soutien aux aidants propose une variante, qui se définit plutôt comme un modèle de soins « autogérés assistés ». Dans le cadre de ce modèle, les aidants prennent les décisions en ayant accès à un coordonnateur de soins professionnel, qui peut être une infirmière autorisée, un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un travailleur social agréé, dont la connaissance des options de soutien est susceptible d'éclairer la planification.

L'Alzheimer Society of Toronto a conçu et mis sur pied le projet de soutien aux aidants dans l'objectif principal de venir en aide aux aidants vulnérables et en détresse qui s'occupent de personnes âgées qui habitent à la maison. Les participants étaient composés notamment de bénéficiaires de soins âgés de 55 ans et plus qui habitaient dans le RLISS du Centre-Toronto et qui recevaient au moins 10 heures de soins directs par semaine prodigués par un aidant naturel. La dernière phase du projet pilote a pris fin en mars 2013. Parmi les 321 aidants qui ont participé au projet, 203 étaient encore actifs plus de 18 mois après s'être inscrits.

RÉPERCUSSIONS :

L'équipe de recherche a procédé à une évaluation de la mise sur pied du projet et de ses effets sur les aidants, les bénéficiaires de soins, les coordonnateurs de soins et le système de soins de santé. Des questionnaires ont été envoyés aux aidants par la poste un mois et six mois après la mise sur pied des plans de soins et les taux de réponse respectifs se situaient à 81 % (n=214) et à 69 % (n=184). Après ce délai, la satisfaction des aidants était encore élevée (9,1 sur 10) et le stress demeurait relativement stable à 4,26 sur 10. Les aidants ont déclaré qu'ils se sentaient plus libres d'agir, plus appréciés et plus



validés dans leur rôle de soignant ($n=193$). Selon l'évaluation, plus de 60 % des personnes qui recevaient des soins sont demeurées dans leur milieu de vie actuel et ont pu jouir d'une meilleure qualité de vie grâce à ces interventions précises. Les coûts et les économies liés à cette pratique n'ont pas encore été évalués officiellement à cette étape-ci.

Tout au long du projet pilote, les aidants étaient autorisés à se servir du financement pour embaucher des parents afin d'augmenter le nombre soignants disponibles. L'équipe de projet a remarqué que les aidants membres de la famille étaient capables de communiquer dans le même langage et que leurs journées et leurs heures de disponibilité étaient différentes de celles des fournisseurs de soins traditionnels. Les observations informelles corroborent la documentation, qui fait état d'une plus grande satisfaction et de résultats plus positifs pour les aidants et les bénéficiaires de soins lorsque les membres de la famille peuvent être rémunérés.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de soins autogérés assistés mis en application dans le projet de soutien aux aidants est unique. Par contre, le projet comporte plusieurs dimensions similaires à d'autres programmes destinés aux fournisseurs de soins qui sont utilisés un peu partout au pays. Les initiatives et les organisations locales, provinciales et nationales qui ont éclairé les dimensions clés de ce projet sont notamment :

- le Programme pour l'autonomie des anciens combattants;
- Family Service Toronto;
- les soins de répit de Wesway;
- le programme d'indemnités pour les soignants de la Nouvelle-Écosse;
- la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels;
- le crédit d'impôt pour soignant primaire du Manitoba;
- le programme Seniors Managing Independent Living Easily (SMILE).

L'équipe de projet a déterminé cinq enseignements fondamentaux qui pourraient être utiles pour une administration qui désire mettre sur pied un programme similaire :

- Concentrez-vous sur la « triade », c'est-à-dire les soignants, les bénéficiaires de soins et les coordonnateurs de soins.
- Soyez souples et à l'écoute des besoins d'aide exprimés par les soignants.
- Simplifiez les procédures d'évaluation.
- Dressez un plan de mise en œuvre clair.
- Revoyez le plan et révissez-le à mesure que les circonstances changent.

Une dernière leçon importante à retenir est qu'il faut établir des protocoles d'administration clairs dès le départ, notamment pour l'acheminement des fonds aux clients. Le projet de soutien aux aidants organisait des services directement avec le fournisseur privilégié par le client, tandis que d'autres programmes emploient un éventail d'approches différentes, comme l'émission de bons échangeables auprès de fournisseurs sélectionnés. L'équipe de projet travaille actuellement à un article qui donnera plus d'information sur les difficultés et les leçons tirées qui ont des incidences sur l'applicabilité et la transférabilité de la pratique.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : s. o.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Natalie Warrick, M. Sc.

Titre : Coordinatrice de projet

Organisme : Alzheimer Society of Toronto

Courriel : nwarrick@alzheimerontario.org

Téléphone : 416-640-6317

Dernière mise à jour : Juillet 2013

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



Communications personnelles :

Warrick, N. (rétroaction et examen, 18 juillet 2013). [Alzheimer Society of Toronto]

Publication :

Williams, A.P., Peckham, A., Rudoler, D., Tam, T. et Watkins, J. (2013). *Caregiver support project: Formative evaluation*. Extrait de : <http://www.alzheimertoronto.org/reports.html>

Autres :

Warrick, N. (hiver 2012). Supporting caregivers' decision making. *Rehab and Community Care Medicine*. Extrait de : http://publications.rehabmagazine.ca/display_article.php?id=1263735

Warrick, N. (2013). *The caregiver framework for seniors: Achieving a supported self-directed care model*. [Notes de présentation]. Extrait de : http://www.nhlc-cnls.ca/assets/24_Warrick_Caregiver%20framework.pdf



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

Social Work through Hip Hop (BluePrint For Life): Promoting physical and mental health in youth ou le travail social par le hip hop (BluePrint For Life) : favoriser la santé physique et mentale des jeunes

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question de la santé physique et mentale compromise des jeunes, en particulier des jeunes qui habitent dans le Nord et dans des quartiers centraux du Canada. Lancée au Nunavut en 2006, cette pratique fait appel à des artistes du hip hop, à des animateurs qui possèdent une formation en travail social et aux membres de la communauté afin de soutenir l'événement ainsi que les activités de suivi.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le travail social par le hip hop est un atelier de promotion de la santé mentale qui intègre le hip hop, des pratiques traditionnelles (comme le chant guttural et les tambours), l'éducation et le dialogue. Les ateliers ont été mis sur pied dans le Nord canadien ainsi que dans les grandes villes du pays. L'atelier s'adresse aux jeunes qui sont vulnérables aux maladies chroniques, à l'inactivité et aux problèmes de santé mentale, en particulier aux jeunes Autochtones qui vivent avec les effets néfastes sur la santé de la colonisation. L'atelier sert également de modèle de développement communautaire. Il a d'abord été lancé dans la localité d'Iqaluit, au Nunavut, en 2006. Les ateliers se déroulent généralement dans des écoles ou des centres communautaires. L'équipe de sensibilisation BluePrint est composée de danseurs, d'animateurs jeunesse, d'artistes culturels et de travailleurs d'approche, notamment de jeunes Inuits qui sont des chefs de file dans le domaine de la formation. Les communautés ont payé pour les ateliers à l'aide de subventions des gouvernements territoriaux et de fonds rattachés aux revendications territoriales.

Les jeunes suivent un atelier de cinq jours pour apprendre le hip hop, pour recevoir une éducation et pour prendre part à des discussions sur le respect, les modes de vie sains, la fierté culturelle, l'intimidation, la maîtrise de la colère, le suicide, l'abus de drogues et d'alcool et la guérison. Une prestation de hip hop est donnée devant la communauté le dernier soir. Les parents, les aînés, les membres de la communauté et les enseignants sont invités à participer aux leçons de danse. Des ateliers complémentaires sont offerts sur la guérison par le hip hop et le leadership par le hip hop. Différentes techniques thérapeutiques, comme la thérapie comportementale et cognitive, sont utilisées pour gérer des problèmes complexes dans les volets de l'atelier qui portent sur l'éducation et le dialogue. Le programme favorise l'autonomisation des communautés et la guérison intergénérationnelle. Cette pratique est novatrice parce que « les jeunes viennent pour la danse, mais ils restent pour la guérison ».

RÉPERCUSSIONS :

Les témoignages personnels, les observations et les évaluations préliminaires donnent à entendre que la pratique peut donner des résultats positifs pour la santé, y compris une augmentation de l'activité physique et une diminution des idées suicidaires, de l'intimidation, de l'abus d'alcool et de drogues, de la violence et du vandalisme. Les sondages réalisés à la fin de chaque atelier servent à évaluer, à améliorer et à adapter le programme continuellement. Les coûts et les économies liés à cette pratique n'ont pas été évalués à cette étape-ci. En 2009, les ateliers ont été soumis à une évaluation préliminaire du programme dans trois communautés du Nunavut à l'aide d'entrevues, de groupes de discussion et d'un questionnaire. Les résultats ont indiqué que les objectifs collectifs des deux ateliers, qui consistaient à aborder les problèmes liés au bien-être et à l'inactivité physique des jeunes, à créer un réseau de soutien et à enseigner des compétences en leadership, avaient été atteints. Les deux ateliers étaient bien perçus par les jeunes et par les membres de la communauté, qui considéraient que le programme avait amélioré la confiance en soi et l'estime de soi des jeunes, les aptitudes à communiquer, le leadership et les



perspectives d'avenir. On considérait que le premier atelier avait amélioré la santé physique des jeunes. On estimait également qu'il avait contribué à rapprocher les membres de la communauté. Des répondants se demandaient si le contenu « soutenait suffisamment la tradition et la culture inuites » et des préoccupations ont été soulevées à l'égard de la durabilité et des questions de financement.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'initiative *Social Work through Hip Hop* n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration. Le programme a été mis en place dans des emplacements géographiques variés (dans les trois Territoires et dans les grandes villes canadiennes) avec des participants non autochtones. L'organisme BluePrintForLife offre maintenant sept sortes d'ateliers. Les ateliers ont été personnalisés pour des groupes comme les adolescentes musulmanes et les enfants réfugiés du Soudan. Une variante du programme a été conçue pour les enfants de 10 à 13 ans. Le programme a également été adapté pour les jeunes dans les établissements correctionnels avec un accent sur les thèmes de la colère, de la rage et des gangs. Le Calgary Youth Offender Centre, un établissement pour les jeunes délinquants, a découvert, à l'aide des sondages réalisés après les ateliers, que 92 % des participants étaient en accord ou tout à fait en accord pour dire qu'ils avaient accompli quelque chose d'utile, que 94 % des répondants étaient en accord ou tout à fait en accord pour dire qu'ils s'étaient découvert de nouveaux talents et de nouvelles aptitudes et que 96 % des jeunes interrogés étaient en accord ou tout à fait en accord pour dire qu'ils participeraient encore à un programme de ce genre.

Les difficultés et les leçons tirées des programmes mis sur pied dans les communautés du Nord se résumaient notamment comme suit :

- Les premières rencontres avec les aînés de la communauté ont aidé à surmonter les mauvaises impressions à l'égard du hip hop.
- La présence des parents et des aînés était importante pour la participation et la guérison des jeunes.
- Il est important d'avoir une petite équipe communautaire pour bien planifier les ateliers.
- Les jeunes ont formé des clubs de hip hop afin de poursuivre le programme; ils ont besoin de possibilités de formation et d'encadrement.
- Un témoignage du Nunavut apporte une perspective sur la mise en place et le maintien de cette initiative : www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=l1RMVRwxmw

SITE WEB DE LA PRATIQUE : www.blueprintforlife.ca

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Stephen Leafloor
Titre : Président et chef de la direction
Organisme : BluePrintForLife
Courriel : Steve@BluePrintForLife.ca
Téléphone : 613-592-2220

Dernière mise à jour : Le 28 juin 2013

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

Communication personnelle :

Leafloor, S. (entrevue, 28 juin 2013). [BluePrintForLife].

Publications :

Forneris, T. (2009) *Evaluation of hip hop workshops in Arctic Bay, Pond Inlet and Leadership Youth Hip Hop Summit in Pangnirtung, Nunavut*. Extrait de : <http://www.blueprintforlife.ca/wp-content/uploads/2013/04/Government-of-Nunavut-Evaluation-Final-Report.pdf>



Hager, N. 2012. *Blueprint for Life: 'Social work through hip hop.'* Selkirk First Nation Northern Strategy Initiative. Extrait de : <http://www.blueprintforlife.ca/wp-content/uploads/2013/04/BPFL-Final-Report-Pelly-Crossing2.pdf>

Autre profil :

Johnston Research Inc. (2011). *Physical activity approaches at the ground-level: Promising practices targeting Aboriginal children and youth.* Vaughan, ON: The Federal/Provincial/Territorial Activity & Recreation Committee and the Health Living Issue Group, pp. 32–41. Extrait de : <http://www.nada.ca/wp-content/uploads/1034.pdf>

Autre :

Swoboda, I. Letter of support to the Canada Research Chair, Interactive Media and Performance. (28 septembre 2009). Extrait de : <http://www.blueprintforlife.ca/wp-content/uploads/2013/04/Letter-for-Blueprint-from-Irene-Mental-health1.pdf>

External Source: www.blueprintforlife.ca



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

British Columbia FRIENDS for Life Program: Preventing Childhood Anxiety

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

APERÇU : Ce programme de prévention de l'anxiété novateur aborde le besoin d'aider les enfants et les jeunes à composer avec le stress et à acquérir une résilience émotive en enseignant des aptitudes cognitives et émotionnelles d'une manière simple et bien structurée. Mis à l'essai en Colombie-Britannique en 2003, ce programme en milieu scolaire a été lancé à l'échelle provinciale en 2004 afin que toutes les écoles publiques et indépendantes de la province puissent en profiter.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'initiative FRIENDS for Life est un programme d'intervention précoce, de prévention de l'anxiété et de résilience en milieu scolaire fondé sur des données probantes. Il a donné des résultats éprouvés en diminuant l'anxiété ou en réduisant le risque de souffrir d'un trouble anxieux et en renforçant la résilience des enfants pour la vie. Le programme FRIENDS enseigne aux enfants comment surmonter leurs peurs et leurs craintes en leur fournissant des outils pour gérer les situations difficiles maintenant et tout au long de la vie.

Le programme BC FRIENDS est parrainé par le ministère du Développement de l'enfant et de la famille, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, les districts scolaires, les écoles indépendantes et la First Nations Schools Association. Le programme FRIENDS a d'abord été lancé universellement dans les écoles élémentaires de la Colombie-Britannique en 2004 (à la suite d'un projet pilote en 2003) afin de soutenir le projet de santé mentale pour les enfants et les jeunes *Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia* (2003-2008). Il fait maintenant partie d'un plan de santé provincial échelonné sur 10 ans qui s'attaque à la santé mentale et à la toxicomanie, *Healthy Minds, Healthy People : A Ten Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia* (2010-2020). C'est sans compter les deux autres programmes en milieu scolaire conçus pour différents groupes d'âge, FRIENDS Youth (6^e et 7^e année) et Fun FRIENDS (maternelle à la 1^{re} année), qui ont été lancés aux quatre coins de la province en 2008 et en 2011 respectivement.

En Colombie-Britannique, les programmes FRIENDS pour les enfants et les jeunes ont été approuvés par le ministère de l'Éducation comme une ressource d'apprentissage recommandée et ils s'inscrivent dans le programme d'éducation sur la santé et la carrière destiné aux jeunes de la maternelle à la 7^e année. Le programme est donné universellement par des enseignants et des éducateurs aux élèves de trois niveaux d'études, soit la maternelle et la 1^{re} année, la 4^e et la 5^e année ainsi que la 6^e et la 7^e année. Après un cours de formation d'une journée (offert gratuitement par le Ministry of Children and Family Development), les enseignants peuvent recevoir le matériel et donner le programme dans leurs salles de classe respectives. Les enfants et les jeunes participent à au moins 10 séances en classe qui sont renforcées par des activités à emporter à la maison.

Le programme comporte un volet pour les parents avec des ateliers et des ressources en ligne qui ont été conçus par des parents pour les parents. Depuis 2005, le Ministry of Children and Family Development s'associe à la FORCE Society for Kid's Mental Health (<http://www.forcesociety.com>) afin de livrer le volet destiné aux parents. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez <http://www.friendsparentprogram.com>.

RÉPERCUSSIONS :

Initialement conçu en Australie, le modèle du programme FRIENDS for Life s'appuie sur plus de 15 années de recherches, d'évaluations et de pratiques exhaustives, et il s'agit du seul programme de prévention de l'anxiété reconnu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Selon un rapport de l'OMS de 2004, un essai clinique contrôlé réalisé en 1997 a révélé que l'inscription au programme FRIENDS des enfants qui présentaient des symptômes d'anxiété importants avant l'intervention avait diminué la première apparition de troubles anxieux pouvant être diagnostiqués de 54 % dans le groupe témoin à 16 % dans le groupe de prévention au cours des six mois qui ont suivi l'intervention. Un deuxième essai clinique contrôlé publié en l'an 2000 dans une revue à comité de lecture a également démontré l'efficacité du programme FRIENDS sur le plan de la prévention de la manifestation de symptômes d'anxiété et de dépression parmi les enfants de 10 à 13 ans.



Le programme BC FRIENDS en est à sa dixième année de mise en place dans les écoles de la province. BC FRIENDS offre, en moyenne, des séances de formation à 60 enseignants à chaque année scolaire. Jusqu'à présent, les 60 districts scolaires de la Colombie-Britannique ont participé au programme, y compris de nombreuses écoles indépendantes et des Premières nations un peu partout dans la province. Plus de 6 000 enseignants et éducateurs ont été formés pour donner le programme FRIENDS et plus de 1 000 parents ont assisté aux ateliers qui leur sont destinés, en personne ou en ligne.

Le programme FRIENDS est financé par le Ministry of Children and Family Development et toutes les écoles participantes reçoivent la formation et le matériel (comme les cahiers d'exercices pour les élèves) gratuitement. Chaque école ou district doit accorder un congé aux enseignants afin de leur permettre d'assister à la formation d'une journée exigée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le **programme FRIENDS for Life** initialement conçu en Australie est employé dans des écoles et des cliniques dans le monde entier. Bien plus de 500 000 enfants à travers le monde ont suivi le programme FRIENDS, qui est actuellement utilisé en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, au Mexique, en Afrique du Sud, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Portugal, en Finlande, en Norvège, en Suède, au Royaume-Uni et à Hong Kong. La Colombie-Britannique a adapté ce programme de manière à y inclure des références et des règles de grammaire canadiennes.

Bien que des centaines d'écoles d'un bout à l'autre du Canada se servent du programme actuellement, la Colombie-Britannique est la première province à l'avoir mis sur pied universellement dans tous les districts scolaires dans le cadre d'une initiative parrainée par un ministère. En Colombie-Britannique, le programme est passé d'un projet pilote en 2003 à une initiative provinciale en 2004. BC FRIENDS a élargi la prestation du programme en 2008-2009 en ajoutant le programme FRIENDS for Life Youth, qui s'adresse aux élèves de la 6^e et de la 7^e année aux quatre coins de la province. Fun FRIENDS, une version conçue pour la petite enfance qui a été mise à l'essai en 2009-2010 dans sept districts scolaires, est maintenant offerte aux tout-petits de la maternelle à la 1^{re} année à l'échelle de la Colombie-Britannique.

D'autres administrations (au Canada et à l'étranger) ont communiqué avec la Colombie-Britannique afin d'en savoir davantage sur le programme. De nombreux intervenants s'intéressent au modèle de la Colombie-Britannique, qui implique un partenariat entre les écoles et d'autres organismes, y compris l'organisation non gouvernementale FORCE Society.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/friends.htm

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Kelly Angelius

Titre : Gestionnaire, BC FRIENDS For Life Program, Child and Youth Mental Health Services

Organisme : British Columbia Ministry of Children and Family Development

Courriel : mcf.cymhfriends@gov.bc.ca

Téléphone : s.o.

Dernière mise à jour : Le 17 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Angelius, K. (examen et rétroaction, juillet 2013). [BC FRIENDS For Life Program]

Publication :

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Summary report. Extrait de :

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Autre profil :



Autre :

Austin Resilience Development Inc. (sans date). Friends for Life program throughout BC. Extrait de : <http://www.friendsrt.com/>

External Source: http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/friends.htm



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

Active Choices: A Physical Activity Telephone Support Program

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question de la sédentarité des adultes. Un programme téléphonique individuel qui encourage les participants à faire régulièrement des exercices d'aérobic a été lancé en Colombie-Britannique en 2010. Les ressources se composent notamment d'un coordonnateur du personnel et d'« entraîneurs » qui participent à un programme de bénévolat.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Active Choices a été créé par le centre de recherche sur la prévention de l'Université Stanford dans le but de s'attaquer au problème de la sédentarité des adultes plus âgés. La version britanno-colombienne du programme s'adresse aux adultes de tout âge qui désirent être plus actifs, qui n'ont pas de problèmes médicaux apparentés et qui sont physiquement capables de faire des exercices d'aérobic. Ce programme de soutien téléphonique individuel d'une durée de six mois réunit des participants et un entraîneur afin de favoriser la création et la mise en place d'un plan individualisé d'exercices cardiovasculaires réguliers. L'entraîneur et le participant ont une première rencontre en tête-à-tête et jusqu'à 12 séances d'entraînement téléphoniques. Les participants reçoivent également des conseils sur la santé ainsi que des bulletins d'information par la poste ou par courrier électronique. Les entraîneurs apportent un soutien en enseignant des stratégies pour se fixer des objectifs et pour résoudre les problèmes, en aidant les participants à concevoir un plan d'activités personnel individualisé, en surveillant les objectifs et les progrès et en dirigeant les participants vers les ressources communautaires.

Ce programme financé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique est offert gratuitement aux participants, tout comme la formation des entraîneurs. Même si les participants n'ont pas besoin de la recommandation d'un médecin, les candidats doivent se soumettre à une sélection exhaustive et certaines personnes sont appelées à demander à leur médecin de remplir un certificat de santé. Plus de 400 personnes ont réussi le programme depuis sa création. En 2012-2013, le programme a été soutenu par un coordonnateur de programme provincial ainsi que par 200 bénévoles qui sont des entraîneurs praticiens. Les entraîneurs reçoivent un manuel des entraîneurs normalisé ainsi qu'une formation d'une journée sur des sujets comme les techniques d'entraînement et d'animation, les principes de la modification du comportement et les fondements de l'activité physique modérée. Les entraîneurs ont également droit à une formation et à un soutien continu (webinaires, rassemblement annuel, etc.). Les participants et les entraîneurs sont recrutés par le truchement d'un site Web provincial, www.selfmanagementbc.ca, d'une ligne sans frais, de publicités, d'outils promotionnels envoyés aux cabinets de médecins et aux pharmacies, de présentations et du bouche-à-oreille des participants.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice a été mise sur pied en 2010, mais aucune évaluation des résultats ou évaluation officielle des coûts et des économies n'a été réalisée à cette étape-ci.

Les témoignages personnels, les observations et les évaluations effectuées aux États-Unis donnent à entendre que cette pratique pourrait donner des résultats positifs en matière de santé. Par exemple, Wilcox et coll. (2008) se sont servis d'un modèle quasi-expérimental de type avant et après pour évaluer le programme, qui a été mis sur pied par quatre organismes différents dans le cadre de l'initiative *Active for Life* (actif pour la vie) de la Robert Wood Johnson Foundation. Les résultats ont révélé des augmentations importantes de l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse, de l'activité totale, de la satisfaction à l'égard de l'apparence et du fonctionnement de son corps ainsi que des diminutions de l'indice de masse corporelle (IMC). Six mois après avoir terminé le programme, les participants avaient généralement maintenu leurs progrès. L'initiative *Active for Life* de la Robert Wood Johnson Foundation affichait des résultats similaires dans ses quatre organismes d'exécution : un YMCA à Chicago, un centre de santé confessionnel à Memphis (Church Health Center) ainsi qu'un service de santé et un fournisseur du régime d'assurance-maladie Blue Shield en Californie. De plus, la fidélité des processus de prestation du programme a été maintenue, en grande partie, pendant la mise en œuvre.



Une autre étude sur l'efficacité du programme Active Choices menée dans six régions de l'État de New York a révélé des améliorations statistiquement significatives dans les niveaux d'activité physique au fil du temps. La plupart des 500 participants qui ont terminé le programme de six mois ont déclaré qu'ils faisaient de l'exercice au moins quatre jours par semaine vers la fin du projet. En outre, le programme a été adapté avec succès afin de solliciter des entraîneurs bénévoles à certains emplacements. Cela dit, les taux de participation dans l'État de New York laissaient à désirer. Seulement la moitié des participants ont terminé le programme, 10 % des participants l'ont abandonné après la première séance et 40 % des participants l'ont laissé tomber au cours des trois premiers mois.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme Active Choices de la Colombie-Britannique mise sur la réussite des travaux de l'Université Stanford. Dans cette province, le programme cible toutefois les adultes qui se situent dans une plage d'âge plus étendue afin d'en élargir au maximum la portée. Les autres difficultés et leçons tirées qui auraient une incidence sur l'applicabilité et la transférabilité de la pratique se résument notamment comme suit :

- Les séances d'information dans des régions ciblées (p. ex. l'île de Vancouver) étaient importantes pour assurer la participation dès les premières étapes de la mise sur pied.
- L'acceptation par les participants dans les régions rurales de la Colombie-Britannique a été limitée, malgré le fait qu'il soit plus facile d'y attirer des entraîneurs bénévoles.
- Les partenariats (p. ex. dans le domaine du bien-être au travail) ont joué un rôle important pour le recrutement.
- Une approche de type formation des formateurs vient d'être adoptée afin de réaliser des économies.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : <http://www.selfmanagementbc.ca/activechoicesupportprogram>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Angela Sealy
Titre : Coordinatrice, programme Active Choices
Organisme : Centre sur le vieillissement de l'Université Victoria
Courriel : angela.activechoices@shaw.ca
Téléphone : 604-522-1492 ou 1-877-522-1492

Dernière mise à jour : Le 8 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Sealy, A. (entrevue, 22 juillet 2013; examen, 1^{er} août, 2013). [Centre sur le vieillissement de l'Université Victoria]

Publications

BC Ministry of Health. (10 juin 2011). *Self-management support: A health care intervention*. Extrait de : <http://www.selfmanagementbc.ca/uploads/What%20is%20Self-Management/PDF/Self-Management%20Support%20A%20health%20care%20intervention%202011.pdf>

New York State Health Foundation. (avril 2010). *Grant outcomes report: Cost-effective delivery of an Active Choices health promotion program*. Extrait de : <http://nyshealthfoundation.org/uploads/gor/cost-effective-delivery-active-choices-health-april-2010.pdf>



Robert Wood Johnson Foundation. (23 décembre 2008). Active for Life: Increasing physical activity levels in adults age 50 and older. Extrait de : http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2010/rwjf69972

Wilcox et coll. (octobre 2008). Active for Life: Final Results from the Translation of Two Physical Activity Programs. ***American Journal of Preventive Medicine***. 35(4): 340-351. Extrait de : [http://www.ajpm-online.net/article/S0749-3797\(08\)00605-3/fulltext](http://www.ajpm-online.net/article/S0749-3797(08)00605-3/fulltext)

External Source: <http://www.selfmanagementbc.ca/activechoicestelphonesupportprogram>



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

A GP for Me: An Initiative to Match British Columbians with Family Doctors

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question du renforcement du système de soins de santé primaires et de l'amélioration des résultats sur la santé en aidant les gens qui veulent un médecin de famille à en avoir un. Le projet pilote, qui a été lancé en Colombie-Britannique dans trois collectivités, faisait appel à quelque 300 médecins de famille.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La prémisse de cette pratique novatrice est qu'un système de soins de santé primaires dynamique fondé sur une relation continue entre le médecin et le patient donne de meilleurs résultats pour la santé des clients. Cela dit, en 2013, environ 176 000 habitants de la Colombie-Britannique sont à la recherche d'un médecin de famille. L'initiative *A GP for Me* vise à permettre à tous les habitants de la Colombie-Britannique d'avoir accès à un médecin de famille et à mieux soutenir et récompenser les médecins de famille qui s'engagent à offrir des soins de santé à long terme à leurs patients.

Lancé en juin 2010, un projet pilote échelonné sur trois ans, *A GP for Me*, mettait à contribution trois divisions de médecine familiale à White Rock-South Surrey, à Prince George et à Cowichan Valley. Le programme *A GP for Me* permet aux réseaux professionnels communautaires de médecins de famille, aux régies de la santé et aux partenaires communautaires de travailler ensemble afin de concevoir des plans pour améliorer les capacités locales en soins primaires, y compris des mécanismes pour trouver des médecins pour les patients qui en cherchent un.

L'initiative *A GP for Me* ne sera pas une solution instantanée pour toutes les personnes qui sont à la recherche d'un médecin maintenant. Néanmoins, au fil du temps, elle devrait améliorer le système de soins primaires en établissant une relation continue entre le patient et le médecin. Une fois que ce lien est tissé, il est possible de proposer des moyens plus efficaces pour s'occuper des patients, comme des consultations téléphoniques sur des questions courantes. Les consultations téléphoniques permettent aux médecins de gagner du temps et de prendre de nouveaux patients en charge. Le programme *A GP for Me* prévoit également des mesures pour encourager les médecins à prendre des patients qui ont des problèmes de santé complexes, comme le cancer, des incapacités graves ou des troubles de santé mentale.

Le programme est financé par le General Practice Services Committee (GPSC), une collaboration entre l'association médicale et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

RÉPERCUSSIONS :

Les résultats du projet pilote ont été recueillis et publiés sur le site Web de l'initiative. Les efforts de collaboration locaux déployés aux trois emplacements se sont traduits par la création de nouvelles cliniques de soins primaires, par le recrutement d'un plus grand nombre de médecins, par l'élargissement des capacités en médecine familiale et par la multiplication des équipes interprofessionnelles. Par conséquent, depuis 2010, plus de 9 400 patients ont trouvé un médecin de famille. À White Rock, l'initiative a permis de jumeler 4 500 personnes avec des médecins de famille et d'éliminer ainsi le temps d'attente pour un médecin de famille. La Cowichan Valley Division of Family Practice a trouvé des fournisseurs de soins primaires pour 1 100 patients. À Prince George, 3 800 patients ont été jumelés à des médecins de famille et une nouvelle clinique a ouvert ses portes en juillet 2012 afin d'offrir des soins réguliers aux patients sans médecin de famille.

L'expansion du programme *A GP for Me* à l'échelle de la province est soutenue par un financement de 132,4 millions de dollars. Le financement est offert à deux niveaux :

- une somme de 40 millions de dollars répartie sur trois ans afin de permettre aux divisions de médecine familiale d'améliorer les capacités en soins primaires à l'échelle locale et d'évaluer le nombre de personnes qui sont à la recherche d'un médecin;



- un montant de 60,5 millions de dollars échelonné sur deux ans pour améliorer l'efficacité des pratiques individuelles, y compris les frais pour les consultations téléphoniques et pour la prise en charge de nouveaux patients, en établissant des frais différents pour les cas complexes par opposition aux cas moyens.
- Le reste du financement, soit 31,9 millions de dollars, est affecté au soutien des soins existants prodigués par les médecins de famille dans les hôpitaux.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Forte du succès remporté par le projet pilote, l'initiative *A GP for Me* est devenue un programme d'envergure provinciale en avril 2013.

L'initiative *A GP for Me* s'inscrit dans la série de programmes du General Practice Services Committee —y compris le programme de soutien à la pratique— qui vise à améliorer les soins prodigués aux patients ainsi que la prestation des soins par les médecins. Grâce au succès du programme pilote, l'initiative *A GP for Me* est mise sur pied dans des divisions de médecine familiale aux quatre coins de la Colombie-Britannique. Jusqu'à présent, 20 divisions réalisent les différentes étapes des demandes de financement pour participer à l'initiative *A GP for Me*. Un certain nombre d'entre elles ont amorcé un processus d'évaluation et de planification rigoureux en guise de première étape pour définir l'étendue du problème dans leurs régions. Un plan de mise en place sera ensuite présenté afin de permettre aux divisions participantes de faire l'essai des approches novatrices dans le but de trouver des fournisseurs de soins primaires pour les personnes qui éprouvent généralement des difficultés à créer des attaches.

Il est trop tôt pour évaluer les résultats de ce programme dans d'autres domaines, mais les effets positifs obtenus dans les trois premiers sites pilotes pourraient être reproduits un peu partout dans la province. Le site Web du GPSC propose un éventail de soutiens et de ressources pour les patients et les médecins qui aimeraient en savoir plus sur le programme, notamment la facturation des tutoriels et une FAQ.

SITE WEB DE LA PRATIQUE :

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

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jonathan Agnew

Titre : Directeur exécutif, Soutien et qualité de la pratique

Organisme : BCMA

Courriel : jagnew@bcma.bc.ca

Téléphone : 604-638-2833

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

Communications personnelles :

Bales, D. (rétroaction et examen, 23 août 2013). [A GP for Me].

Publication :

Cavers, B. (2013). How "A GP for Me" will help improve BC's primary care system. *BC Medical Journal*, 55(3), 160.

Autre :

General Practice Services Committee. (2013). *A GP for Me/Attachment initiative*. Extrait de :



<http://www.gpsc.bc.ca/attachment-initiative>

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



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

VivoSpace

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

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

RÉPERCUSSIONS :

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

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

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



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

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Noreen Kamal

Titre : Étudiante au doctorat et responsable de la qualité

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

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

Téléphone : S.O.

Dernière mise à jour : Le 8 juillet 2013

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

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

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

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

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

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



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

Positive Parenting Program (Triple P) International ou le programme de parentage positif (Triple P) International

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question des problèmes de comportement et des problèmes affectifs des enfants et des jeunes en éduquant et en soutenant leurs parents. Cette pratique a été instaurée en Australie pendant une longue période de temps dans des milieux communautaires et de soins primaires à l'aide de professionnels de la santé formés et d'autres praticiens Triple P.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Positive Parenting Program (Triple P) est un système de soutien pour les parents et les familles destiné à prévenir et à traiter les problèmes de comportement et les problèmes affectifs des enfants et des adolescents. Il a été conçu et élargi pendant une période de plus de 30 ans par l'Université du Queensland en Australie. Le programme a été mis sur pied dans le monde entier durant plus de 30 ans. Triple P International est une société privée qui a été créée par l'Université afin de faciliter la formation Triple P et la mise en place du programme.

Le système Triple P est une gamme d'interventions d'intensité croissante qui ciblent les patients qui ont des enfants ou des jeunes de 16 ans ou moins. Le système apporte un soutien aux parents afin d'améliorer leurs connaissances parentales, leurs compétences et leur confiance et de diminuer, en retour, les problèmes de comportement des enfants et des adolescents. Les professionnels et les autres intervenants qui ont des interactions régulières avec les parents sont formés pour devenir des praticiens Triple P autorisés. Ces professionnels peuvent être notamment des travailleurs familiaux, des travailleurs sociaux, des psychologues, des médecins, des infirmières, des conseillers scolaires, des enseignants ou des membres du clergé. Le système comporte cinq niveaux d'intervention :

- Le niveau 1 est une stratégie de communication (sensibilisation du public) qui vise à atteindre une vaste section transversale de la population à l'aide de renseignements et de messages positifs sur le rôle parental. Il ne s'agit pas d'un cours ni d'une intervention personnelle qui se fait directement auprès des parents.
- Le niveau 2 est une intervention de type « touche légère » qui apporte une assistance brève et unique aux parents qui ont des enfants ou des adolescents qui s'en sortent généralement bien, mais qui ont une ou deux préoccupations. Les modes de prestation peuvent varier entre une série de séminaires et un soutien individuel par des intervenants en soins primaires.
- Le niveau 3 est une consultation ciblée pour les parents qui ont un enfant ou un adolescent qui éprouve des difficultés de comportement légères à modérées qui aborde un problème ou un comportement précis. Les modes de prestation peuvent varier entre quatre brèves consultations en soins primaires ou deux séances de deux heures en petit groupe.
- Le niveau 4 vise les parents qui ont des enfants ou des adolescents qui éprouvent des problèmes de comportement graves en offrant des séances de consultation et d'éducation plus intensives. Les modes de prestation incluent l'éducation (en groupe, en ligne ou de façon autonome) avec des consultations dans certains cas.
- Le niveau 5 offre un soutien intensif aux familles qui ont de graves problèmes. Les parents doivent suivre un programme standard ou collectif de niveau 4 avant d'entreprendre le cours de niveau 5, ou encore, suivre les deux cours simultanément.

La pratique est une formation au rôle de parent novatrice parce qu'elle adapte l'information, les conseils et le soutien professionnel aux besoins de chaque famille participante. La pratique peut également être mise sur pied de plusieurs façons. Le financement pour le programme Triple P International provient des activités de formation et d'accréditation, du soutien continu,



des services d'assistance technique et de la publication du matériel Triple P. Les redevances sont versées à l'Université du Queensland par TPI et redistribuées dans ce territoire.

RÉPERCUSSIONS :

Les données probantes pour le programme Triple P sont constituées de plus de 250 ouvrages publiés (dont 140 études sur les résultats), y compris huit méta-analyses, 68 essais contrôlés randomisés, 51 évaluations orientées sur l'efficacité et les services ainsi que plusieurs études de cas. Selon les principaux résultats des recherches, le programme Triple P :

- réduit le comportement problématique des enfants et améliore le bien-être des parents ainsi que leurs compétences parentales;
- diminue les taux de violence à l'égard des enfants, les placements en famille d'accueil et les hospitalisations d'enfants maltraités pour des blessures;
- diminue les problèmes de comportement et les problèmes affectifs des enfants dans les collectivités où le programme est largement répandu.

Il a été démontré qu'il est possible de récupérer les coûts en optant pour la mise sur pied du programme Triple P dans la collectivité. Par exemple, des chercheurs des États-Unis se sont aperçus que les coûts de la mise en place du programme Triple P dans l'ensemble d'une collectivité seraient récupérés en l'espace d'une seule année si le programme permettait de diminuer de 10 % les cas de maltraitance et de négligence des enfants. Une étude réalisée en Alberta a révélé que la pratique Triple P se rentabiliserait si les troubles de conduite dans une cohorte de naissance diminuaient de 6 %.

APPLICABILITÉ/RENTABILITÉ :

La pratique Triple P est fondée sur l'apprentissage social, la théorie cognitivo-comportementale, la théorie du développement et la recherche sur les facteurs de risque liés à la manifestation de problèmes sociaux et de problèmes de comportement chez les enfants. L'initiative a d'abord été conçue à petite échelle, comme un programme de formation à la maison, pour les parents d'enfants d'âge préscolaire qui ont un comportement perturbateur. Au fil des ans, l'initiative est devenue une intervention plus complète.

La pratique Triple P a été adoptée dans 25 pays où elle a été mise sur pied au sein de la collectivité ou utilisée comme une approche personnalisée pour les parents dont les enfants font partie des groupes ciblés. La pratique Triple P a également inspiré des programmes spécialisés comme :

- Stepping Stones Triple P : pour les parents de préadolescents handicapés;
- Lifestyle Triple P : un programme collectif de 10 séances avec quatre appels téléphoniques de soutien pour les parents d'enfants qui ont de l'embonpoint;
- Indigenous Triple P : un programme collectif conçu avec la contribution d'aînés des communautés autochtones dans le Queensland.

L'engagement en termes de temps et de coûts, pour former et agrémenter le personnel, et le soutien du programme, surtout si une mise sur pied au sein de la population est choisie, sont au nombre des difficultés liées à la mise en place de la pratique Triple P. Un soutien est également recommandé pour la phase de mise en place afin de s'assurer que les organisations réussissent le déploiement, y compris un cadre de mise en œuvre TIP.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Debbie Easton
Titre : Personne-ressource locale pour le Canada
Organisme : Triple P International
Courriel : Debbie@triplep.net
Téléphone : 905-392-6976
Dernière mise à jour : Le 4 juillet 2013

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

Publications :

Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2011*. Extrait de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/cphorsphc-respcacsp-07-fra.php>



Sanders, S. (2008). Triple P: Positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 506–517. Extrait de :

<http://www.triplep-america.com/documents/Triple%20P%20as%20a%20Public%20Health%20Approach.pdf>

Autres profils :

Agence de la santé publique du Canada. (sans date). *Best practice interventions* [portail Web].

<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/>

Autre :

Triple P International. (sans date) *Triple P* [site Web]. www.triplep.net

External Source: www.triplep.net



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

Intervention psychosociale et psychoéducatrice pour les personnes qui ont fait des tentatives de suicide récurrentes (PISA) : une approche thérapeutique collective pour diminuer les comportements suicidaires en Ontario

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

APERÇU : Cette approche novatrice vise à diminuer les comportements suicidaires parmi les personnes qui ont tenté de se suicider au moins deux fois. La pratique a été lancée en 1999 dans un hôpital universitaire de Toronto, en Ontario. Elle est dirigée par deux animateurs agréés dans leur profession qui ont été formés en intervention ainsi que par un pair animateur diplômé du programme.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le comportement suicidaire constitue un fardeau émotionnel et financier important pour les familles, les amis, les professionnels de la santé et les collectivités, tandis que les hospitalisations et les visites dans les salles d'urgence qui s'y rattachent occasionnent des coûts pour le système de soins de santé. Les circonstances qui ont mené une personne à tenter de s'enlever la vie sont souvent complexes, mais dans la plupart des cas, le décès par suicide est évitable.

L'intervention psychosociale et psychoéducatrice pour les personnes qui ont fait des tentatives de suicide récurrentes (PISA) est un programme de thérapie de groupe de 20 semaines pour patients externes qui a été offert pour la première fois en 1999 à l'Hôpital St. Michael à Toronto, en Ontario. Les participants doivent être âgés de plus de 18 ans, être rattachés à des services de santé mentale au moment de l'aiguillage et avoir fait au moins deux tentatives de suicide au cours de leur existence. À l'aide d'un soutien, d'une éducation et d'un perfectionnement des compétences, le programme PISA aborde les facteurs de risque potentiels et les domaines de carence psychologique qui caractérisent les personnes qui ont un comportement suicidaire récurrent. Le personnel travaille avec les clients afin de les aider à mieux comprendre leurs pensées et leurs comportements liés au suicide, de dresser des stratégies d'adaptation plus sûres pour gérer les émotions intenses et d'affiner leurs capacités à résoudre des problèmes.

Le programme PISA est différent des autres interventions thérapeutiques parce qu'il :

- s'adresse aux personnes qui habitent dans les quartiers centraux des villes et qui ont un statut socioéconomique inférieur;
- met l'accent sur la participation des clients;
- aborde les besoins variés de chaque client.

Le groupe est animé par une équipe interprofessionnelle qui comprend des étudiants de différentes disciplines professionnelles de la santé. Le chef de l'équipe d'intervention supervise tous les animateurs dans le cadre de réunions hebdomadaires obligatoires et un clinicien principal assure l'observation du protocole d'intervention. Les séances hebdomadaires à l'Hôpital St. Michael durent généralement 1,5 heure et réunissent de 8 à 12 clients. Les animateurs travaillent bénévolement, sauf le chef d'équipe.

RÉPERCUSSIONS :

Une étude pilote de trois ans amorcée en 2000 et publiée dans *Annals of Psychiatry* avait évalué cette pratique afin de déterminer si les comportements liés au suicide avaient diminué de manière importante à la suite du programme. Les facteurs



de risque cognitifs, affectifs et impulsifs ont été mesurés à l'aide de l'échelle d'alexithymie de Toronto, de l'échelle de désespoir de Becket et de l'échelle d'impulsivité de Barratt respectivement. Les participants ont déclaré qu'ils étaient plus satisfaits de leur vie en général et qu'ils se considéraient plus aptes à résoudre des problèmes et ils se sont accordés des notes plus basses sur le plan de l'alexithymie, c'est-à-dire l'incapacité de décoder et de décrire les émotions ressenties. Les résultats ont également montré une amélioration importante des pointages liés à la dépression et au désespoir, mais dans l'ensemble, ces pointages sont demeurés dans la gamme qui varie de grave à modéré. Ces résultats donnent à entendre que cette intervention peut être un premier pas pour inciter le patient à demander de l'aide à plus long terme pour les problèmes qui sont associés à un risque de suicide élevé.

Les coûts de cette pratique novatrice et les économies qu'elle pourrait permettre de réaliser n'ont pas encore été évalués à ce stade-ci.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

En 2010, l'Office national du film a diffusé un court documentaire réalisé par Katerina Cizek sur l'expérience d'une douzaine de participants au programme PISA. Cette exposition a contribué à mieux faire connaître la pratique. Afin de favoriser une utilisation et une prestation uniformes du programme PISA parmi les fournisseurs dans les différentes administrations, une quatrième édition du guide qui décrit le protocole d'intervention a été publiée en 2012.

En 2009, l'équipe de recherche sur le suicide à l'école des sciences infirmières dans la ville de Dublin a entamé un projet de trois ans afin de mettre le programme PISA sur pied et d'en évaluer l'efficacité par rapport à la diminution des comportements liés au suicide dans un contexte irlandais. Il s'agira des premiers travaux en Irlande qui ciblent précisément les personnes qui ont des antécédents de tentatives de suicide récurrentes. Une analyse des données est présentement en cours et les résultats devraient être communiqués en octobre 2013.

Mis à l'essai en novembre 2010, le programme Skills for Safer Living (aptitudes pour vivre de façon plus sécuritaire) s'inspire d'un modèle similaire au programme PISA, à la différence près qu'il propose des séances de thérapie de groupe dans la collectivité plutôt que dans un hôpital. Grâce à un financement du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington, le programme est maintenant offert à Kitchener, à Cambridge et à Guelph. Un groupe qui s'adresse spécialement aux jeunes de 18 à 30 ans tiendra des séances en juin 2013 et il y a d'autres projets pour un groupe destiné aux résidents ruraux.

À Vancouver, le programme d'éducation et de recherche sur le suivi après les tentatives de suicide S.A.F.E.R. (Suicide Attempt Follow-Up Education and Research) proposait une version du programme PISA animée par Dammy Albach-Damstrom, présidente de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Le premier cycle a pris fin en mai 2013 et une deuxième itération a commencé en juin. À Prince George, le centre de prévention des crises, d'intervention et d'information est en voie de créer un programme pour les survivants du suicide fondé sur le modèle PISA de thérapie de groupe.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Yvonne Bergmans
Titre : Conseillère en prévention du suicide
Organisme : Hôpital St. Michael – Université de Toronto
Courriel : Bergmansy@smh.ca
Téléphone : 416-864-6060, poste 4078
Dernière mise à jour : Juin 2013

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

Publications :

Bergmans, Y. et Links, P.S. (2002). A description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 23(4), 156–160. Extrait de : <http://www.psycontent.com/content/p312h27902721p33/>

Bergmans, Y. et Links, P.S. (2009). Reducing potential risk factors for suicide-related behaviour with a group intervention for clients with recurrent suicide-related behavior. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21(1), 17–25. Extrait de : <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=7270>

Communications personnelles :

Bergmans, Y. (rétroaction, 20 juin 2013). [PISA].

Autres :



Self Help Alliance. (sans date) *Skills for safer living: A suicide-intervention support group*. Extrait de : <http://self-help-alliance.ca/services/skills-for-safer-living/>

PISA Research Project. (sans date.) *Project overview*. Extrait de : <http://www.pisa.dcu.ie/index.php?page=project-overview#1>

Office national du film du Canada (producteur). (2010). *Drawing from life*. Extrait de : http://www.nfb.ca/film/drawing_from_life/

External Source: [N/a](#)



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

Programme Solidaires pour la vie / Partners for Life

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

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à aborder le problème de la dépression non diagnostiquée chez les jeunes qui pourrait mener au suicide. Ce programme a été lancé aux quatre coins de la province de Québec en 1998. Des équipes d'« animateurs » formés donnent des séances d'éducation et font un suivi dans les écoles secondaires de la province.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Ce programme a été lancé au Québec en 1998 par la Fondation des maladies mentales en réaction à une vague de suicides commis par des jeunes dans les Cantons de l'Est. Le coroner du Québec a découvert que l'élément commun entre les cinq adolescents était leur dépression non diagnostiquée. Le principe sous-jacent de l'initiative Solidaires pour la vie est que la dépression à l'adolescence peut être évitée à l'aide d'une éducation et d'une détection précoce. Solidaires pour la vie est un programme en milieu scolaire qui s'adresse principalement aux jeunes de 14 ans et plus ainsi qu'aux parents, aux enseignants et aux professionnels de la santé. Le programme a pour objectifs : (1) d'enseigner à tous les groupes cibles à reconnaître les signes et les symptômes de la dépression et (2) de les aider à orienter les personnes qui sont en détresse vers des ressources compétentes.

Des équipes de jeunes animateurs formés donnent des séances d'éducation de 50 à 75 minutes à l'aide de renseignements sur la maladie mentale, de jeux de rôles, d'outils de dépistage, de conseils et de ressources. Il y a trois sortes de séances pour les adolescents, pour les parents et pour le personnel des écoles. Les séances ont également été adaptées pour les professionnels de la santé et pour d'autres. Le personnel comprend cinq équipes qui sont constituées chacune de deux superviseurs et de 10 animateurs formés. Les efforts sont concentrés à communiquer de l'information et à tisser des liens avec les participants. Les séances se terminent par une période de questions et réponses. Les membres de l'équipe peuvent établir des rapports avec les adolescents qui semblent être vulnérables à cause de leur réaction à l'atelier ou qui ont été repérés par le personnel de l'école. Des liens avec des ressources en santé mentale peuvent être établis à partir de là.

Depuis 1998, le programme a aidé à sensibiliser plus de 835 000 adolescents, 10 000 parents et 25 000 enseignants et défenseurs dans 690 écoles au Québec. Parmi ces adolescents, plus de 15 000 ont été traités ou suivis pour une dépression, tandis que 1 000 jeunes ont été hospitalisés. Les animateurs du programme ont également réalisé 3 900 interventions directes en milieu scolaire, signalé 73 jeunes en détresse et répondu à 180 appels d'urgence. Au début, le gouvernement du Québec a assuré le financement du programme pour trois ans. Aujourd'hui, le financement provient, en grande partie, des dons du secteur privé. Le coût estimatif de la prestation du programme est de 10 \$ par personne.

Ce programme est considéré novateur parce qu'il allie des stratégies pour promouvoir la connaissance de la santé mentale parmi les groupes cibles à des activités de suivi pour mettre les jeunes vulnérables en lien avec des ressources pour obtenir du soutien en milieu scolaire et avec d'autres ressources en santé mentale.

RÉPERCUSSIONS :

Une étude a été réalisée de 1999 à 2000 dans le but d'évaluer la mise sur pied du projet pilote initial. Selon les résultats, 93 % des étudiants qui ont répondu au sondage ont indiqué qu'ils recommanderaient l'atelier à leurs pairs et tous les étudiants considéraient qu'il est important de parler de la dépression chez les adolescents. En outre, les membres du personnel des écoles ont indiqué que les étudiants consultaient davantage après avoir participé aux ateliers Solidaires pour la vie, mais que l'école pouvait assumer cette charge de travail supplémentaire selon eux.

Une deuxième évaluation a été effectuée afin de déterminer dans quelle mesure le programme avait modifié les attitudes et les connaissances des jeunes à l'égard de la dépression. Un groupe de 197 étudiants dans cinq écoles secondaires ont rempli un questionnaire avant et après avoir participé à l'atelier Solidaires pour la vie. Le questionnaire comportait 17 questions qui évaluaient les connaissances et 11 questions qui évaluaient les attitudes. Les résultats donnent à entendre que le programme a



engendré des augmentations statistiquement significatives des connaissances sur la dépression parmi les jeunes et qu'il a changé leurs attitudes envers les consultations auprès des ressources nécessaires. L'étude comportait également une évaluation comparative entre les étudiants du groupe visé par l'intervention et les 88 adolescents qui formaient un groupe témoin.

Enfin, au Québec, le taux de suicide chez les jeunes a diminué depuis l'année de la création du programme (1998), et ce, tant du côté des hommes (29 suicides par rapport à 11 par 100 000 personnes âgées de 14 à 19 ans) que des femmes (10 suicides par rapport à trois par 100 000 personnes âgées de 14 à 19 ans). Les commanditaires du programme soulignent toutefois qu'il est impossible d'établir un lien direct entre la diminution des suicides chez les jeunes et le programme.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme Solidaires pour la vie / Partners for Life n'a pas été adapté à partir d'une autre administration. Bien que ce programme n'ait pas encore été mis sur pied en dehors du Québec, il peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux. Après avoir analysé le programme en 2011, les chercheurs québécois Lesage et Moubara en sont venus à la conclusion qu'il répondait aux sept critères établis pour un bon programme scientifique destiné à promouvoir la santé. Une recherche exhaustive sur le groupe cible, c'est-à-dire les jeunes en troisième, en quatrième et en cinquième année du secondaire âgés de 16 ans et plus, a éclairé l'élaboration du programme, et la conception du programme s'est appuyée sur un modèle théorique fondé sur des données probantes qui montre le lien direct entre la dépression et le suicide chez les adolescents.

Une évaluation continue du programme à l'aide d'une analyse des réponses aux sondages sur l'atelier a donné lieu à des ajustements. Dans les premiers temps, le programme se concentrait uniquement sur la connaissance de la santé mentale et les membres du personnel étaient recrutés pour leurs aptitudes à communiquer. En 2004, par contre, le personnel a eu la responsabilité supplémentaire d'aborder les adolescents vulnérables qui étaient décelés après les ateliers. Par la suite, le personnel a été recruté pour un ensemble de compétences élargi et un accent plus prononcé a été accordé au contrôle de la qualité dans la prestation du contenu. La formation du personnel est passée de deux semaines et demie à quatre semaines. Un ensemble standard de questions et réponses préparées d'avance est en place. Les superviseurs ont régulièrement des tâches de supervision clinique à accomplir. Un autre ajustement est la révision du contenu de l'atelier de manière à ne pas provoquer une alerte générale parmi les participants avec laquelle le personnel de l'école doit composer après la tenue de l'atelier. Les ateliers ont été modifiés, eux aussi, de manière à être facilement mis en place dans les écoles. Par exemple, les présentations ne sont pas données à l'aide d'une technologie. Des documents d'information sont laissés dans les écoles afin d'être distribués à volonté aux parents.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Catherine Burrows
Titre : Directrice des programmes jeunesse
Organisme : Fondation des Maladies Mentales / Mental Illness Foundation
Courriel : cburrows@fondationdesmaladiesmentales.org
Téléphone : 514-529-5354
Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

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

Communication personnelle :

Burrows, C. (entrevue, 27 juin 2013; rétroaction, 7 juillet 2013). [Fondation des maladies mentales].

Publications :

Boyer, R. (mai 2000). *Présentation du programme. Solidaire pour la vie*. Extrait de : http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/cms/uploads/files/0613_001.pdf

Institut Nationale de Santé Publique du Québec (INSPQ). (2012). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010. Mise à jour 2013*. Extrait de : http://www.aqps.info/media/documents/Suicide_Qc_INSPQ_miseajour2013.pdf

Lesage, A. et Moubarac, J.C. (juillet 2011). *Solidaire pour la vie, un programme efficace de littératie en santé mentale : analyse et recommandations*. Montréal, QC : Réseau québécois de recherche sur le suicide. Extrait de : http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/cms/uploads/files/AvisScientifiqueSPLV_RQRS_2011.pdf

Autres :

Boyer, R. (mai 2000). *Scientific evaluation of Partners for Life*. [Diapositive de résumé].



Fondation des maladies mentales. (sans date) Solidaires pour la vie. [Site Web de la pratique].

<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/www.fondationdesmaladiesmentales.org/programmes-de-sensibilisation.html?i=1>

Mental Illness Foundation. (avril 2012). *Partners for Life: Preventing teen depression and suicide through education* [diapositives de présentation]. Extrait de :

http://grahamboeckhfoundation.org/sites/grahamboeckhfoundation.org/files/uploads/pages/parners_for_life.pdf

External Source: www.fondationdesmaladiesmentales.org



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

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

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

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

RÉPERCUSSIONS :



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

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

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

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

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

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Joel Sadavoy

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

Organisme : Hôpital Mount Sinai

Courriel : Jsadavoy@mtsina.on.ca

Téléphone : 416-586-5262



Dernière mise à jour : Le 8 août 2013

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

Communications personnelles :

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

Publications :

Autres profils :

Autres :

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

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

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

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

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



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

Premiers soins en santé mentale Canada

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin, pour l'ensemble de la population, de mieux connaître la santé mentale afin de faciliter le dépistage précoce des troubles mentaux et de prendre des mesures de prévention et d'intervention.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) décrit les premiers soins en santé mentale (PSSM) comme « l'aide procurée aux personnes en voie de développer un problème de santé mentale ou qui sont en situation de crise liée à la santé mentale ». En 2006, l'Alberta Mental Health Board a importé le programme PSSM de l'Australie au Canada. En 2010, le fonctionnement du programme a été confié à la CSMC. Premiers soins en santé mentale Canada enseigne aux gens comment reconnaître les signes et les symptômes des problèmes de santé mentale et comment offrir une aide initiale et guider la personne atteinte vers une aide professionnelle qui lui convient. PSSM Canada offre deux types de cours qui ont chacun un programme standard, le cours de base (quatre séances) et le cours pour adultes interagissant avec les jeunes (sept séances) ainsi que des cours de formation d'instructeurs. Le programme est financé par la CSMC et par les frais de cours.

Le programme PSSM Canada vise à :

- protéger la vie des personnes qui peuvent poser un danger à leur égard ou à celui des autres;
- fournir l'aide requise pour éviter que le problème de santé mentale ne s'aggrave;
- favoriser le rétablissement d'une bonne santé mentale; et
- rassurer les personnes atteintes d'un problème de santé mentale.

Le programme PSSM Canada est novateur parce qu'il met l'accent sur la littératie en matière de santé mentale, c'est-à-dire les connaissances et les croyances à l'égard des troubles mentaux qui facilitent leur dépistage, leur gestion ou leur prévention, dans l'ensemble de la population. Le programme s'adresse à un vaste public cible, allant de l'ensemble de la population aux familles touchées par des problèmes de santé mentale, en passant par les enseignants, les pourvoyeurs de services de santé, le personnel des services d'urgence, les travailleurs de première ligne qui sont en contact avec le public, les bénévoles, les professionnels des ressources humaines, les employeurs et les groupes communautaires.

RÉPERCUSSIONS :

Les études d'évaluation canadiennes incluaient une étude de 2008-2009 sur les points de vue des participants au sujet de l'efficacité du programme. La plupart des répondants estimaient que le cours était facile à comprendre, bien présenté et pertinent. Une autre évaluation, réalisée en 2010, avait déterminé si le programme avait amélioré la connaissance de la santé mentale parmi le personnel dans un département d'affaires étudiantes et d'orientation d'une université. Cette étude faisait appel à des sondages normalisés avant et après les tests, à des entrevues structurées et à un groupe témoin. L'étude a révélé que la formation avait augmenté de manière statistiquement significative les connaissances sur la santé mentale, rehaussé la sensibilité du personnel (sauf l'ouverture) et augmenté la confiance nécessaire pour reconnaître les problèmes de santé mentale et pour intervenir adéquatement. Une autre évaluation effectuée en 2010 s'est penchée sur l'efficacité de la formation sur les PSSM auprès de 302 personnes réparties dans 25 communautés des Premières nations en Alberta. L'évaluation avait recouru à des sondages et à des entrevues pour réunir des données quantitatives et qualitatives. L'évaluation a révélé des changements positifs sur les plans des connaissances générales sur la santé mentale, de la connaissance des interventions pertinentes, des aiguillages des personnes atteintes d'une maladie mentale ou en état de crise liée à la santé mentale et des interventions auprès de ces personnes ainsi que des attitudes envers les personnes atteintes d'une maladie mentale. Par contre, les participants ne considéraient généralement pas le cadre conceptuel du cours comme une force et les évaluations préconisaient une adaptation du programme.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



Le programme PSSM a été créé en Australie et adapté afin de pouvoir être utilisé dans 18 pays, dont le Canada, les États-Unis, l'Écosse, l'Angleterre, l'Irlande, la Finlande, la Suède, le Cambodge, le Japon, la Thaïlande, le Népal, la Chine et l'Afrique du Sud. Il a également été adapté pour les Maori en Nouvelle-Zélande. L'Australie et l'Écosse ont intégré le programme PSSM à leurs stratégies de santé mentale nationales. Des essais cliniques randomisés ont été effectués en Australie, pour la plupart, afin d'évaluer l'efficacité du programme PSSM. Les résultats indiquaient en général que les personnes qui avaient suivi la formation sur les PSSM reconnaissaient mieux les troubles de santé mentale, étaient plus susceptibles de conseiller aux gens de demander de l'aide auprès d'un professionnel, s'entendaient mieux avec les professionnels au sujet des interventions utiles et se sentaient plus à l'aise d'aider les autres; elles apportaient également plus d'aide. Des essais cliniques randomisés sont réalisés pour des programmes dans les régions rurales, dans le milieu de travail et dans une école secondaire.

Lors de son adaptation pour la population canadienne en 2006, le programme a été examiné par des experts du domaine de la santé mentale en intégrant des statistiques canadiennes et en veillant à ce que le matériel tienne compte des différences culturelles.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Meaghon Reid
Titre : Directrice, Premiers soins en santé mentale Canada
Organisme : Commission de la santé mentale du Canada
Courriel : mhfa@mentalhealthcommission.ca
Téléphone : 613-683-3738
Dernière mise à jour : Le 25 juin 2013

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

Ganshorn, H. et Michaud, N. (2012). *Mental health first aid: An evidence review*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. Extrait de : <http://www.mentalhealthfirstaid.ca/EN/about/Documents/MHFA%20Evidence%20Review%202012.pdf>

Jorm, AF. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. doi: 10.1037/a0025957

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, Alberta : CSMC. Extrait de : <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/pdf/strategy-images-en.pdf>

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



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

Programme de chiens d'assistance pour les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique

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

APERÇU : Cette pratique novatrice apporte un soutien aux membres des Forces canadiennes, retraités ou actifs, qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Lancée à Winnipeg, au Manitoba, la pratique met à contribution un dresseur principal de chiens d'assistance ainsi que plusieurs dresseurs bénévoles.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La MSAR Search and Rescue (autrefois connue sous les appellations Manitoba Search and Rescue et Manitoba Rural Search and Rescue) a été créée par George Leonard en partenariat avec des aînés autochtones, des dirigeants des Premières nations et des bénévoles dévoués afin d'aborder la préoccupation grandissante des personnes autochtones portées disparues. L'association est une organisation non gouvernementale associée à un organisme de bienfaisance enregistré qui est en règle. La MSAR est le seul organisme dirigé par des aînés et des conseillers autochtones ainsi que par des dirigeants des Premières nations. Au cours des dix dernières années, la MSAR a travaillé à la recherche, au perfectionnement et à la mise en place de chiens d'assistance à tous les titres, que ce soit pour les personnes qui souffrent d'autisme, de démence ou d'un TSPT, qu'il s'agisse des chiens d'alerte pour épileptiques ou des chiens utilisés à des fins thérapeutiques, ou que ce soit pour les gens atteints de bipolarité ou de dépression (et les formes de cette maladie) ou qui ont des incapacités. Cette pratique s'est concentrée sur les chiens d'assistance qui favorisent la santé mentale à l'aide de plus de 371 guides dressés au cours de plus de 200 000 heures opérationnelles. L'initiative, qui a commencé dans le cadre du programme de chiens d'élite utilisés à des fins thérapeutiques, s'est étendu aux chiens d'assistance à la suite de l'accueil très positif.

La MSAR a mis sur pied le programme de compagnons courageux (Courageous Companions) afin de commencer à travailler avec des soldats atteints d'un TSPT après qu'un de ses coéquipiers, un ancien membre des Forces canadiennes, ait pris les devants et demandé de l'aide auprès de l'association. On estime que 7 % des soldats canadiens qui reviennent de l'Afghanistan souffriraient d'un TSPT.

Cette pratique novatrice, qui est assurée par des dresseurs de chiens bénévoles, n'est pas financée par Anciens Combattants Canada ni par la Défense nationale, même si ces organismes approuvent effectivement le programme. La Légion canadienne et d'autres donateurs aident à payer les 1 200 \$ que coûtent les vestes faites sur mesure qui identifient ces chiens d'assistance, et les soldats qui bénéficient du service prennent en charge les coûts des soins vétérinaires et des aliments. La MSAR reçoit également des fonds de commanditaires, de partenaires, de campagnes de souscription et de services facturables.

RÉPERCUSSIONS :

En 2012, 37 chiens d'assistance aux quatre coins du Canada étaient sur le terrain à aider les anciens combattants aux prises avec un TSPT et le programme avait fait l'objet d'un reportage présenté sous forme de segments sur les compagnons canins dans le cadre de l'émission *W5* diffusée sur la chaîne CTV. Depuis ce temps, la MSAR a reçu 50 000 \$ en dons et le nombre de chiens d'assistance a presque doublé pour se chiffrer à 70; il y a actuellement une liste d'attente pour les chiens dressés. Il a été démontré que le programme réduisait le nombre de médicaments nécessaires pour permettre aux soldats canadiens atteints d'un TSPT de fonctionner.

Cette pratique novatrice, qui est en place depuis 2002, n'a pas fait l'objet d'une évaluation à cette étape-ci. Néanmoins, les effets observés par les dresseurs avec le groupe de travail formé d'anciens combattants et de soldats combattants actifs qui ont reçu un chien de la MSAR sont notamment les suivants :



- une amélioration de la patience, de la maîtrise des impulsions, de la régulation des émotions et de la stabilité des émotions;
- une plus grande capacité à manifester de l'affection et une diminution de l'engourdissement émotionnel (émotions moins refoulées);
- une amélioration du sommeil;
- une diminution importante des pensées suicidaires;
- une diminution de la dépression et une augmentation du sentiment d'avoir un but positif;
- une diminution des sursauts;
- un plus grand sentiment d'appartenance ou d'acceptation (une moins grande mentalité de solitaire);
- une amélioration de l'assertivité sans agressivité (mais avec une confiance en soi);
- une amélioration des compétences parentales et de la dynamique familiale;
- une diminution des anecdotes de guerre, des flash-backs et une augmentation des pensées ancrées dans le moment présent;
- des niveaux de stress diminués et un plus grand sentiment de calme.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme des compagnons courageux n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis sur pied ailleurs. Cela dit, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Les militaires américains et anglais utilisent des chiens pour traiter le TSPT depuis des années, mais il s'agit d'une première au Canada. Le département des Affaires des anciens combattants des États-Unis offre un programme semblable de chiens-guides et de chiens d'assistance. Cependant, après une compression récente du financement alloué pour les chiens d'assistance utilisés pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, le programme américain couvre les soins vétérinaires uniquement pour les anciens combattants qui ont une déficience physique. Des programmes similaires existent également au Royaume-Uni dans l'ensemble des administrations, mais il n'y a pas de financement gouvernemental voué aux chiens d'assistance pour les victimes d'un TSPT, ce qui rend difficile la mise en place de cette pratique à grande échelle.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : George Leonard
Titre : Maître-chien de la MSAR
Organisme : MSAR Search and Rescue
Courriel : GL@msar.ca

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

Autres :

US Department of Veterans Affairs. (sans date). Veterans health administration: Guide and service dogs [site Web].
<http://www.va.gov/health/ServiceandGuideDogs.asp>

CTV-W5. (novembre 2012). 'Dog tags' takes on new meaning in program for soldiers with PTSD. Extrait de :
<http://www.ctvnews.ca/w5/dog-tags-takes-on-new-meaning-in-program-for-soldiers-with-ptsd-1.1040190>

CBC News-Manitoba. (6 mars 2013). Service dogs help military veterans cope with PTSD. Extrait de :
<http://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/story/2013/03/05/mb-veterans-ptsd-service-dogs-manitoba.html>

Muller, R. (17 mars 2013). A war vet's best friend: Cutting PTSD service dogs. *Psychology Today—Talking About Trauma*.
Extrait de : <http://www.psychologytoday.com/blog/talking-about-trauma/201303/war-vets-best-friend-cutting-ptsd-service-dogs>

External Source: http://msar.ca/?page_id=213



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

Planificateur des écoles en santé du Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES)

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

APERÇU : Cette pratique novatrice se penche sur la nécessité d'assurer un milieu scolaire en santé afin d'aider les élèves à réussir sur le plan académique et à faire des choix sains. Plus de 400 écoles d'un bout à l'autre du Canada ont utilisé le planificateur des écoles en santé mis à jour.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Un mouvement mondial d'écoles-santé qui prend de l'ampleur « reconnaît l'influence directe que peut avoir l'école sur la santé des élèves ». Au Canada, ce mouvement s'appelle l'approche globale de la santé en milieu scolaire. Le Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES), un partenariat entre les ministères de la Santé et de l'Éducation fédéraux, provinciaux et territoriaux, a été formé pour soutenir ce mouvement au Canada. Le CCES a élaboré un cadre de référence fondé sur des données probantes pour l'approche globale de la santé en milieu scolaire qui s'appuie sur quatre piliers : (1) milieu social et physique, (2) enseignement et apprentissage, (3) politique d'écoles en santé, et (4) partenariats et services.

Afin de favoriser l'avancement des communautés scolaires en santé au Canada, le CCES a conçu le Planificateur des écoles en santé (PES). Il s'agit d'un outil gratuit, disponible sur le Web, que les écoles élémentaires et secondaires peuvent utiliser pour évaluer la santé dans le milieu scolaire actuel et dresser un plan d'amélioration afin de combler les lacunes dans les domaines prioritaires. Le Planificateur des écoles en santé a été mis au point pour le CCES par le Propel Centre for Population Health Impact à l'Université de Waterloo. Lancé en 2009, le Planificateur des écoles en santé vise à aider les écoles individuelles à cheminer selon le principe EVOLVE : **É**valuer les conditions actuelles, **V**alider les ressources inexploitées dans la collectivité, **O**rganiser un soutien accru au changement, **L**ancer le processus décisionnel afin de déterminer les actions requises, **V**isualiser les résultats en partageant les cas de réussite et **É**valuer les progrès au fil du temps.

La narration dans le Planificateur des écoles en santé décrit un processus qui comprend une équipe-école, un chef d'équipe, une évaluation de base, un examen des résultats de l'école par rapport aux indicateurs standards, la réalisation d'autres modules d'évaluation d'intérêt ainsi que la conception et la mise sur pied d'un plan d'action pour l'amélioration. Le *module de base* en ligne présente les quatre piliers du cadre, familiarise les utilisateurs avec le processus de planification de la santé en milieu scolaire et incite les utilisateurs à faire une évaluation de base. Les autres modules d'apprentissage en ligne sont : *Activité physique*, *Saine alimentation*, *Tabagisme* et *Santé mentale positive*.

Cet outil est considéré novateur parce qu'il apporte un soutien pratique aux écoles individuelles afin de faire progresser les efforts qu'elles investissent dans le but d'appliquer une approche globale de la santé en milieu scolaire.

RÉPERCUSSIONS :

Mise sur pied en 2009, cette pratique novatrice a été entièrement revue en 2013. Une évaluation officielle n'a pas été effectuée à cette étape-ci. Les témoignages personnels, les observations et la recherche connexe donnent à entendre que cette pratique peut donner des résultats positifs sur la santé. Par exemple, le Planificateur des écoles en santé mise sur la réussite des démarches fondées sur des données probantes des écoles axées sur la promotion de la santé à l'échelle internationale et s'appuie sur le cadre de l'approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada. Les examens généraux et systématiques des comptes rendus de recherche réalisés par le CCES et l'OMS respectivement ont établi l'incidence possible. Les chercheurs aimeraient procéder à une évaluation des résultats par rapport à l'incidence du Planificateur des écoles en santé à un moment donné.



APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

En 2009, le CCES a retenu les services de chercheurs au Propel Centre afin de créer un outil pancanadien en réponse aux demandes de conseils pratiques pour aménager un environnement axé sur la promotion de la santé dans les écoles aux quatre coins du pays. Dans sa version révisée, le Planificateur des écoles en santé a montré une validité et une fiabilité satisfaisantes. Sa conception a intégré une recension de la documentation ainsi que des entrevues réalisées auprès des intervenants afin de déterminer les priorités et les concepts sous-jacents à partir desquels un ensemble d'indicateurs connexes ont découlé. Par la suite, un groupe de référence composé de chercheurs et de représentants du CCES a fourni une rétroaction afin de faciliter la mise au point du contenu et du format du Planificateur. Des enseignants jumelés à des administrateurs aux quatre coins du pays ont participé au test d'évaluation et de réévaluation de la fiabilité et de la validité du contenu. Plus de 400 écoles dans chaque province et territoire en régions urbaines et rurales ont utilisé le Planificateur des écoles en santé révisé. La recherche effectuée sur le Planificateur des écoles en santé a révélé que les milieux scolaires varient énormément et que ces écarts sont liés à la santé des élèves. Le CCES tente d'accroître l'utilisation et l'adoption du Planificateur des écoles en santé un peu partout au pays. Ensemble, le CCES et Propel continuent de concevoir de nouveaux articles et de repenser les articles existants pour le Planificateur des écoles en santé.

Le Planificateur des écoles en santé s'appuie également sur des données normalisées recueillies au Propel Centre à l'aide du School Health Action Planning and Evaluation System (SHAPES). Depuis l'an 2000, plus de 2 500 écoles canadiennes ont utilisé SHAPES pour recueillir de l'information sur les comportements et les attitudes des élèves dans les domaines du tabagisme, de l'activité physique, de la saine alimentation et la santé mentale.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : M^{me} Katherine Kelly
Titre : Directrice exécutive
Organisme : Secrétariat du Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES)
Courriel : kakelly@gov.pe.ca
Téléphone : 902-888-8029
Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Kelly, K. (entrevue, 17 juin 2013; rétroaction, 8 juillet 2013). [Secrétariat du CCES].

Manske, S. (entrevue, 2 juillet 2013; rétroaction, 5 juillet, 2013). [Propel Centre for Population Health Impact].

Publications :

Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES). (2010). *Le milieu scolaire comme terrain propice à la promotion de la santé mentale positive. Meilleures pratiques et perspectives*. Extrait de : <http://www.troussedelasantementalepositiveducces.com>

CCES. (sans date) *Planificateur des écoles en santé – Guide de l'utilisateur*. Extrait de : http://www.hsp.uwaterloo.ca/global/documents/HSP_Website_User_Guide_text_French_20121112.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (mars 2006). *Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, la promotion de la santé à l'école améliore-t-elle la santé et prévient-elle les maladies et, en particulier, qu'elle est l'efficacité de la démarche des Écoles-santé ?* Extrait de : www.euro.who.int/document/e88185.pdf

Autres :

CCES. (2009). *Planificateur des écoles en santé – Guide de l'utilisateur* [page Web]. Extrait de : <http://www.healthschoolplanner.uwaterloo.ca/>

University of Waterloo, Propel Centre for Population Health Impact. (2013). *School health action planning and evaluation system* [page Web]. Extrait de : <https://uwaterloo.ca/propel/programs/youth-health/school-health-action-planning-and-evaluation-system>

External Source: <http://eng.jcsh-cces.ca>



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

CHC Collaborative Framework for Elder Abuse Detection and Intervention (cadre de collaboration des centres de santé communautaires axé sur le dépistage de la violence envers les aînés et l'intervention)

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

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question de la maltraitance des personnes âgées, que l'Organisation mondiale de la Santé a définie comme un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le cadre de collaboration des centres de santé communautaires axé sur le dépistage de la violence envers les aînés et l'intervention est fondé sur un partenariat entre le service de police régional de Durham et le Centre de santé communautaire de Brock (dans le nord de Durham) qui a pris naissance en 2011. La démarche comporte (1) une formation continue sur la violence envers les aînés et les activités de développement communautaire qui s'y rattachent avec la police régionale, le gouvernement régional et d'autres partenaires communautaires, et (2) une sensibilisation directe auprès des aînés. Le cadre est utilisé dans une collectivité rurale où la proportion de personnes âgées est élevée, où les services sont insuffisants et où les infrastructures de transport sont déficientes. Il vise les personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans la collectivité, y compris dans des maisons de retraite.

Ce cadre fait appel à une méthode de développement communautaire pour aborder le besoin d'intégrer les ressources sanitaires et communautaires afin de déceler des situations de violence envers les aînés et d'intervenir. Par exemple, le personnel du centre de santé communautaire donne des présentations locales aux organismes communautaires, aux groupes de personnes âgées ainsi que dans le cadre de la formation du peloton de la police régionale de Durham afin de faire de la sensibilisation et d'établir le bien-fondé de la participation des centres de santé communautaire aux vérifications du bien-être des personnes âgées vulnérables. Le cadre mise sur les interventions policières pour les problèmes liés à la sécurité des aînés ou les crimes commis par les personnes soignantes, des accusations étant portées en vertu de différents aspects du Code criminel qui se rapportent à la violence physique, psychologique, verbale ou sexuelle ou à l'exploitation financière et/ou à la négligence. Le centre de santé communautaire participe (1) en accompagnant la police pendant les vérifications du bien-être des aînés vulnérables et (2) en effectuant le suivi nécessaire pour répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soutien, notamment en les mettant en rapport avec des soins de santé primaires et en les orientant vers des services communautaires comme le soutien à domicile, l'hébergement, les services alimentaires et autres.

Les principaux membres de l'équipe virtuelle qui met le cadre sur pied sont : les aînés et le travailleur en santé communautaire du Centre de santé communautaire de Brock, les agents de police désignés du service de police régional de Durham et le conseiller en matière de violence à l'égard des aînés de la région de Durham. Le Durham Elder Abuse Network (DEAN), un organisme de fournisseurs de services sanitaires et sociaux qui unissent leurs efforts pour défendre des enjeux qui touchent à la maltraitance et à la sécurité des personnes âgées, joue également un rôle dans la mise en place de ce cadre. Le DEAN collabore avec des conseillers au Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ONPEA), qui est financé par le gouvernement de l'Ontario. Les membres de l'équipe virtuelle peuvent communiquer avec les autres membres du Durham Elder Abuse Network afin de trouver d'autres ressources communautaires pour les aînés vulnérables en fonction de chaque cas. Les sources de financement pour la mise en œuvre de ce cadre comprennent les budgets de services votés pour le personnel des principaux organismes partenaires.



Cette démarche est considérée novatrice parce qu'elle met en application le modèle des centres de santé communautaires au sein de la collectivité et parce qu'elle prend une approche globale pour répondre aux besoins des aînés. À l'échelle communautaire, elle fait abstraction des structures traditionnelles en misant sur l'expertise des professionnels qui évoluent dans différents secteurs de services, que ce soit la police, les soins de santé, le gouvernement régional ou d'autres domaines.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice, qui est en place depuis 2011, n'a pas fait l'objet d'une évaluation à cette étape-ci. Les observations et les témoignages personnels donnent à entendre que cette pratique pourrait avoir des effets positifs sur la santé et permettre à la force policière de réaliser des économies si la première intervention et le suivi mettent fin à la situation de violence et si des visites de suivi par la police ne s'avèrent pas nécessaires.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le cadre de collaboration des centres de santé communautaires axé sur le dépistage de la violence envers les aînés et l'intervention n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs, mais les principales sources d'information ont donné à entendre que le leadership de la police régionale de Durham, le soutien offert par le gouvernement régional en subventionnant un conseiller en matière de violence à l'égard des aînés et le mandat du centre de santé communautaire de Brock qui vise à répondre aux besoins de la collectivité ont tous contribué à la réussite de l'initiative. Ce cadre peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux et les centres de santé communautaires qui sont au service des aînés peuvent jouer un rôle de premier plan en créant des cadres de ce genre dans leur région.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jennifer Josephson
Titre : Travailleuse en santé communautaire et des aînés
Organisme: Centre de santé communautaire de Brock, www.brockchc.ca
Courriel : jjosephson@brockchc.ca
Téléphone : 705-432-3322
Dernière mise à jour : Le 4 juillet 2013

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

Communication personnelle :

Josephson, J. (entrevue et rétroaction, 4 juillet 2013). [Centre de santé communautaire de Brock].

Autres :

Josephson, J., Rankin, T. et Gomez, J. (juin 2013). *Creating a collaborative approach to elder abuse intervention: The role of the CHC in educating and responding to elder abuse*. Présentation à l'occasion de la conférence sur les soins de santé primaires, Toronto.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Vieillesse et parcours de vie : La maltraitance des personnes âgées*. Extrait de : www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr

External Source: [N/a](#)



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

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

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

APERÇU :

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

RÉPERCUSSIONS :

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



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

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom :

Titre :

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

Courriel : bounceback@cmha.bc.ca

Téléphone :604-688-3234

Dernière mise à jour : Le 4 juillet 2013

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

Publications :

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

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

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

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

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

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

External Source: www.bouncebackbc.ca



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

La santé mentale au travail

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

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde la question de la santé mentale en milieu de travail. Lancée en Ontario, la pratique est maintenant mise en place dans plusieurs organisations par des formateurs qui éduquent les employés.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Chaque jour en Amérique du Nord, 500 000 personnes s'absentent du travail en raison d'un problème de santé mentale quelconque, ce qui coûte des milliards de dollars chaque année dans les milieux de travail et le système de soins de santé. La santé mentale au travail (SMT) est un programme offert à l'échelle nationale par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Son siège social, situé à la division de l'Ontario de l'ACSM, renforce dans les environnements de travail les capacités permettant d'aborder de manière efficace les nombreux problèmes liés à la santé mentale au travail.

Le programme SMT aide les organisations à renforcer les capacités d'être plus efficaces dans les domaines suivants :

- 1) l'intervention lorsque la santé mentale de l'employé a des répercussions sur le rendement;
- 2) la prévention des problèmes de santé mentale en aménageant un milieu de travail positif sur le plan social;
- 3) la promotion de la santé mentale grâce à des approches stratégiques en matière de problèmes de santé et de rendement des employés.

L'initiative prévoit des programmes de formation et d'éducation qui sensibilisent les effectifs, qui permettent de mieux comprendre, qui présentent les problèmes sous un angle nouveau et qui proposent des outils et des stratégies afin que les personnes qui ont des rôles variés dans le milieu de travail puissent aborder les problèmes de santé mentale plus efficacement.

Le programme SMT a vu le jour en 2001 dans le cadre d'un projet de partenariat de recherche. L'année 2004 marque le début de la vente de produits et de services SMT dans le milieu des affaires. L'initiative vise à faire avancer le domaine de la santé mentale au travail grâce à une formation de perfectionnement des compétences, à une éducation sous forme de sensibilisation et à des efforts déployés dans le but de diminuer la stigmatisation en français et en anglais. L'initiative, qui s'étend aux États-Unis, tisse des liens internationaux avec d'autres programmes de santé mentale en milieu de travail.

Le programme SMT améliore des vies en aidant les personnes qui occupent diverses fonctions dans le milieu de travail à apporter un soutien efficace à des employés qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'initiative aborde également les facteurs organisationnels qui ont des effets sur la santé mentale dans l'ensemble du milieu de travail en mettant un accent sur l'aménagement d'un environnement de travail sûr et sain sur le plan psychologique qui soit avantageux pour tous les travailleurs.

Le programme fait appel à des méthodes multimédias, dont un site Web, des publications, un disque compact d'autoformation, des vidéos de formation dans le cadre d'ateliers et de présentations, des audioclips en ligne et un bulletin d'information électronique. Les formateurs du programme SMT, qui suivent une formation rigoureuse donnée par les plus grands spécialistes de la santé mentale au travail en Amérique du Nord, apportent un degré élevé de compétence et d'expérience dans la gestion, les ressources humaines, la réadaptation professionnelle ou les techniques de communication interpersonnelle. Dans tous les produits de formation, des vidéos réalisées avec de vraies personnes qui livrent des témoignages sont utilisées afin de contrer la stigmatisation et les idées fausses qui entourent la maladie mentale en milieu de travail.

Cette pratique novatrice est unique, car ses services sont adaptés à chaque employeur et organisation afin de mieux répondre à leurs besoins. Le programme leur fournit également des outils pour s'acquitter de leurs obligations nouvelles et émergentes en vertu de la loi et de la nouvelle Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Comme le programme SMT ne reçoit pas de fonds de fonctionnement, il finance ses activités à l'aide de ses produits et services et du soutien de commanditaires.

RÉPERCUSSIONS :



En 2012, le programme SMT a remporté le prix pour la santé mentale au travail de l'Association canadienne pour la santé mentale et a reçu des prix du Conseil canadien sur l'apprentissage et de la Société canadienne pour la formation et le perfectionnement. Plusieurs évaluations ont été réalisées et publiées au sujet de l'initiative SMT, de ses ateliers de formation et de ses programmes, tant à l'interne que par des tiers évaluateurs. Dans le cadre du projet *Changer les mentalités* de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'atelier pour gestionnaires *La santé mentale au travail* a été évalué et considéré être un programme efficace pour diminuer la stigmatisation. Les résultats de l'évaluation montrent que, parmi les 3 000 participants qui ont assisté à 49 séances :

- 96,8 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'atelier était utile;
- 93,8 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé « J'ai appris quelque chose de nouveau »;
- 95,4 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils allaient pouvoir mettre ces connaissances en application dans le cadre de leurs fonctions;
- 94 % ont affirmé que l'atelier avait amélioré leurs connaissances à l'égard de la santé mentale en milieu de travail;
- 96,65 % ont déclaré qu'ils recommanderaient l'atelier aux autres.

Dans le même ordre d'idées, une autre évaluation publiée dans une revue évaluée par des pairs a révélé que 89 % des répondants ont indiqué qu'ils étaient d'accord avec les énoncés contenus dans les sections des formulaires d'évaluation des participants qui portaient sur l'importance de l'information et de la présentation. Cela donne à entendre que les participants ont trouvé les renseignements présentés dans l'atelier utiles et pertinents et qu'ils recommanderaient la même formation à leurs collègues.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme SMT, dont le siège est situé à la division de l'Ontario de l'Association canadienne pour la santé mentale, compte parmi ses clients la Ville de Brampton, la Société canadienne du sang, la municipalité régionale de Peel, l'Upper Canada District School Board ainsi que plusieurs autres organismes aux quatre coins du pays. Depuis que le service est offert aux clients, cette pratique, qui peut être très facilement transférée dans d'autres administrations, a été mise en place dans la plupart des provinces et territoires du Canada. Des représentants de la section californienne de l'organisme Mental Health America ont commencé à collaborer avec le personnel du programme SMT en 2012 afin de faciliter la mise sur pied d'un programme similaire appelé *Wellness Works*, dont la première ronde de formation destinée à 18 formateurs a pris fin aux États-Unis en mars 2013. Les responsables du programme SMT ont également eu des conversations récentes avec des représentants de l'Arkansas, aux États-Unis, ainsi que des demandes de renseignements du Royaume-Uni et de l'Australie.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Kathy Jurgens
Titre : Gestionnaire nationale du programme
Organisme : La santé mentale au travail
Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario
Courriel : kjurgens@ontario.cmha.ca
Téléphone : 416-977-5580, poste 4120
Dernière mise à jour : Le 4 juin 2013

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

Communications personnelles :

Jurgens, K. (entrevue et rétroaction, 14 mai 2013). [Association canadienne pour la santé mentale]
Hardaker, D (entrevue et rétroaction, 24 avril 2013). [Association canadienne pour la santé mentale]

Publications :

Dewa, C. S., Burke, A., Hardaker, D., Caveen, M. et Baynton, M. A. (2006). « Mental health training programs for managers: What do managers find valuable? », *Canadian Journal of Community Mental Health (Revue canadienne de santé mentale communautaire)*, vol. 25, n° 2, p. 221–239. Extrait de :
<http://cjcmb.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue.16.22;journal.14.65;linkingpublicationres ults.1:120150.1>

L'Association canadienne pour la santé mentale. (2012). *Mental Health Works*. Extrait de :
http://www.mentalhealthworks.ca/sites/default/files/MHW_2012_program_info.pdf

Neighbour@Work Centre. (2013). *What is Vital Workplace?* Extrait de : <http://www.neighbouratwork.com/vital-workplace.asp>



Autre :

Shain, M. (22 mars 2013). *Introducing workplace mental health*. [Présentation]. Toronto, Ontario: Mental Health Works. Extrait de : http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=xgoQf5Fnj5U#at=219

External Source: <http://www.mentalhealthworks.ca/fr/about>



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

Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne

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

APERÇU :

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

PERSONNE-RESSOURCE :

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

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

Autres :

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

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

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

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

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



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

Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice aide à prévenir les dommages psychologiques causés par des conditions présentes dans le milieu de travail et à favoriser la santé psychologique au travail à l'aide d'un soutien. Lancée d'un bout à l'autre du pays le 16 janvier 2013, la pratique est adoptée par des organismes dans l'ensemble du Canada.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les problèmes de santé mentale et les maladies mentales sont la première cause d'invalidité au Canada; elles représenteraient près de 30 % des demandes de prestations d'invalidité et 70 % de l'ensemble des coûts. Si les problèmes de santé mentale ne sont pas abordés, leur incidence sur la perte de productivité provoquée par l'absentéisme, la présence d'employés malades au travail et le roulement de personnel coûtera aux entreprises canadiennes 198 milliards de dollars au cours des 30 prochaines années.

Le processus qui consiste à aborder ce problème a commencé par une table ronde sur la toxicomanie et la santé mentale (Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health), suivie par les travaux de Martin Shain sur la loi, qui tend à responsabiliser de plus en plus l'employeur. En 2009, les intervenants du milieu des affaires et du monde du travail, les cliniciens et les autres acteurs qui participaient à une conférence de consensus étaient unanimes pour dire que le Canada avait besoin d'une norme nationale afin d'aborder la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. À partir de ce moment jusqu'à la publication de la norme le 16 janvier 2013, le groupe de Vancouver qui travaillait à cette norme a demandé des renseignements sur les moyens à prendre pour offrir un milieu de travail plus sûr psychologiquement, et un comité technique a été créé afin que la norme puisse être appliquée dans n'importe quelle organisation.

La norme sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail qui en découle est une norme d'application volontaire dont l'objectif est de fournir aux employeurs canadiens des lignes directrices systématiques pour leur permettre de créer et d'améliorer sans cesse des milieux de travail psychologiquement sains et sécuritaires pour leurs employés. Les principaux objectifs de la norme sont la prévention de la maladie mentale et la promotion de la santé mentale en milieu de travail. Elle vise à aider à prévenir des préjudices pour toutes les personnes dans le milieu de travail, peu importe si elles ont déjà vécu une maladie mentale.

Le projet de création de cette norme a été parrainé par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). La norme a été produite dans le cadre d'une collaboration entre le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) et le Groupe CSA. Le projet a été financé par le gouvernement du Canada (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada), le Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West et Bell Canada. Cette norme est unique parce qu'elle peut être consultée gratuitement et parce qu'elle est accessible au public, tandis que les particuliers et les organismes doivent payer pour avoir accès à la plupart des normes. Cette situation pourrait toutefois changer après les cinq premières années qui suivront la publication de la norme, car le document et ses fondateurs pourraient connaître plusieurs changements.

RÉPERCUSSIONS :

Les retombées visées par la norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail sont les suivantes :

- améliorer le rapport coût-efficacité;
- perfectionner la gestion des risques;
- accroître le recrutement par les organisations;
- hausser le maintien en poste;



- assurer la responsabilité des entreprises et de la société.

La CSMC s'est servie de la norme à l'interne en formant un comité responsable de la santé, de la sécurité et du bien-être psychologiques en mars 2012, car elle avait déjà des ébauches de la norme. La CSMC a également élaboré un énoncé de politique qui a été approuvé par le conseil d'administration en juin 2012. L'énoncé vise à faire de la CSMC une organisation modèle pour la norme. La CSMC a également pris les mesures de planification suivantes :

- 1) un sondage sur le bien-être des employés (février 2012);
- 2) des groupes de discussion (juillet 2012);
- 3) la production d'une analyse et d'un rapport (septembre 2012);
- 4) la conception d'indicateurs liés au bien-être et aux activités (décembre 2012);
- 5) l'élaboration et l'approbation d'un plan de mieux-être et d'un plan de travail 2012-2013 et 2013-2014 (décembre 2012 – janvier 2013).

Cette pratique novatrice, qui a été mise sur pied depuis le mois de janvier 2013, n'a pas fait l'objet d'une évaluation à cette étape-ci. La CSMC compte effectivement évaluer les indicateurs suivants afin de s'assurer de mettre la norme en place de manière à ce qu'elle ait des effets sur :

- les dépenses pour soins médicaux relevant des avantages sociaux;
- la participation au programme de mieux-être;
- les indicateurs liés aux congés;
- les taux de roulement;
- les résultats du sondage.

Enfin, un examen de la gestion sera effectué régulièrement, dans lequel les données administratives et les résultats du sondage auprès des employés, qui devrait être répété, seront étudiées par la direction comme il convient. Le respect de cette politique et des autres objectifs et cibles fait également l'objet d'une surveillance et de comptes rendus à la direction de façon continue.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Jusqu'à maintenant, la CSMC a instauré la norme au sein de son organisation et plusieurs organisations de toutes tailles, aux quatre coins du Canada, qui œuvrent dans différents secteurs se servent de la norme pour guider les efforts qu'ils déploient afin d'améliorer la santé et la sécurité psychologiques dans le milieu de travail. L'initiative est conçue de manière à pouvoir être appliquée et transférée dans d'autres milieux.

La norme sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail est un guide; il n'y a pas de mode d'emploi universel. La norme sera utilisée différemment par chaque organisation — un certain nombre d'entre elles se concentreront sur les politiques et les processus, certaines commenceront par une analyse des écarts, tandis que d'autres commenceront par la formation des gestionnaires. Voici quelques principes directeurs pour mettre cette pratique en place avec succès :

- un engagement de la part de la haute direction;
- la participation de tous;
- une responsabilité partagée;
- l'intégration de la santé et de la sécurité psychologiques;
- un accent sur la santé, la sécurité, la sensibilisation et la promotion.

La CSMC recommande les mesures suivantes aux organisations qui aimeraient mettre en œuvre cette pratique :

- Lisez la norme et les annexes.
- Mobilisez la haute direction et les autres intervenants clés.
- Assurez-vous d'avoir un champion.
- Servez-vous des outils disponibles pour évaluer votre situation actuelle.
- Élaborez un énoncé de politique sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail.
- Profitez des autres outils, comme le *Guide de l'employeur* et le programme Premiers soins en santé mentale.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Sapna Mahajan, M.H.P., PMP



Titre : Directrice, Programmes de prévention et de promotion
Organisme : Commission de la santé mentale du Canada
Courriel : smahajan@mentalhealthcommission.ca
Téléphone : 403-385-4054
Dernière mise à jour : Le 14 juin 2013

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

Autres :

Groupe CSA. (2012). *Une norme pour la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*. Extrait de :
<http://www.csa.ca/cm/ca/fr/news/article/standard-for-psychological-health-and-safety-in-the-workplace>

Groupe CSA. (16 janvier 2013). *Publication de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*. [Communiqué de presse]. Extrait de :
<http://www.csa.ca/cm/ca/fr/news/article/national-standard-of-canada-psychological-health-and-safety-in-the-workplace>

Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC)/Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (22 mars 2013). Série de séminaires en ligne interactifs de l'automne 2012– hiver 2013 : Webinar 3—Workplace mental health. Extrait de : <http://www.cdpac.ca/content.php?doc=277>

Santé et sécurité psychologiques : *Guide de l'employeur* (6 février 2013)
<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/505#sthash.yKIQeTbG.dpuf>

Premiers soins en santé mentale (2011) <http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/Pages/default.aspx>

External Source: www.csa.ca/z1003/



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

Des soins dentaires accessibles à tous grâce aux services dentaires gériatriques spécialisés

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

APERÇU :

Cette pratique dentaire novatrice aborde la question de l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires des personnes dont l'état physique, médical ou cognitif est contraignant. La clinique vise à intégrer en douceur des services cliniques dentaires pour un éventail de patients, y compris pour les cas les plus complexes. Lancée en Ontario en janvier 2011, cette initiative prend la forme d'une clinique dentaire spécialisée indépendante qui est exploitée dans un milieu hospitalier.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le centre dentaire Runnymede donne accès à des soins buccodentaires et offre une branche des soins dentaires qui est destinée aux personnes dont l'état physique, médical ou cognitif limite leur capacité à recevoir des soins dentaires courants. Le centre dentaire, qui offre des soins centrés sur les patients aux clients et au personnel du centre Runnymede ainsi qu'à l'ensemble de la collectivité, a ouvert ses portes dans le centre de santé Runnymede en janvier 2011.

Le centre dentaire Runnymede a pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins et d'offrir des services dentaires de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin. La clinique est conçue pour répondre aux difficultés et aux besoins particuliers des patients qui ont besoin de soins spécialisés à l'aide d'équipements et de procédés spécialisés. Les salles d'intervention du cabinet, qui sont pourvues d'un élévateur Hoyer qui facilite le transfert des patients en chaise roulante et de fauteuils dentaires adaptés à air comprimé, sont aménagées pour les patients qui ont besoin d'un apport supplémentaire continu d'oxygène. La nouvelle clinique dentaire, qui dispose de suffisamment d'espace pour qu'une personne de confiance ou un membre de la famille puisse accompagner le patient pendant qu'il subit une intervention, peut accueillir des fauteuils dentaires mobiles. Contrairement aux fauteuils dentaires fixes que l'on trouve dans la plupart des cliniques, ces fauteuils peuvent être mis de côté dans la salle de traitement. Cette caractéristique est particulièrement avantageuse pour les patients qui ont une chaise roulante spécialisée qui peut être inclinée vers l'avant ou vers l'arrière, car elle leur permet de se faire soigner dans leur chaise roulante sans avoir à être déplacés. Le centre dentaire Runnymede aide également à coordonner les rendez-vous des patients et offre un service pratique de navette aux clients de la collectivité qui favorise l'autonomie des personnes qui sont incapables de se déplacer par elles-mêmes.

Un examen préalable et une première évaluation buccodentaires sont offerts gratuitement aux patients. Après l'évaluation, le centre dentaire transmet des recommandations écrites pour le traitement ainsi qu'une ventilation des coûts des services. Des arrangements de paiement pour les services dentaires sont pris entre le dentiste et le patient ou son mandataire.

Depuis 2012, le centre dentaire Runnymede fait connaître ses services uniques et élargit sa clientèle en ciblant les patients et le personnel du centre de santé Runnymede ainsi que les membres de la collectivité. En outre, la clinique dentaire et le centre de santé Runnymede collaborent à un plan stratégique afin que les nouveaux patients ou leurs mandataires puissent prendre connaissance des services de soins dentaires qui sont offerts sur place et y avoir accès. Le centre dentaire Runnymede est à l'étape qui consiste à renseigner les établissements de soins de longue durée, les foyers de soins infirmiers et les résidences pour personnes autonomes du voisinage sur les services de soins dentaires et à leur offrir ces services.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique dentaire novatrice, qui a été mise en place en janvier 2011, n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle à cette étape-ci. Le centre dentaire Runnymede a toutefois reçu plusieurs commentaires positifs et les observations donnent à entendre que cette pratique est susceptible de donner des résultats positifs pour la santé.

La pratique répond aux besoins de la collectivité, car ce sont les nombreuses demandes des patients, des mandataires et du personnel qui ont incité le centre dentaire Runnymede à commencer à tisser des liens et à offrir des services dentaires



spécialisés complets en milieu hospitalier. Les témoignages des patients et des fournisseurs indiquent que l'accès à la clinique a amélioré la qualité de vie des patients. Le centre dentaire Runnymede réussit à offrir des soins de santé buccodentaire à une population qui, autrement, n'aurait pas accès à des soins de ce genre en raison de ses limitations physiques ou médicales. Avoir une bouche exempte de maladies, d'infections et de plaque est d'une importance capitale pour la santé cardiovasculaire et la santé globale. Les patients disent qu'ils se sentent plus à l'aise et qu'ils jouissent d'une plus grande accessibilité pendant la visite dentaire, qu'ils ont une meilleure hygiène buccodentaire et qu'ils sont satisfaits de leur apparence, de la sociabilité et du sentiment d'appartenance à la communauté dans la clinique.

Les scores de plaque et les résultats pour les maladies, les douleurs et les infections ont diminué considérablement depuis que le centre dentaire Runnymede a commencé à offrir des services aux patients du centre de santé Runnymede à temps partiel en 2011. La sensibilisation à l'hygiène buccodentaire, qui s'est grandement améliorée depuis l'ouverture du centre dentaire Runnymede, est une deuxième retombée importante. Par exemple, le centre dentaire a organisé des séances de formation annuelles sur les soins buccodentaires pour l'ensemble du personnel de la clinique de santé. Ainsi, grâce à une sensibilisation accrue et à une meilleure éducation, un plus grand nombre de patients du centre de santé et de la collectivité apprennent l'importance de la santé buccodentaire et de la prévention et ont accès à des services dentaires régulièrement plutôt qu'en situation d'urgence.

Enfin, les visites et les examens préventifs fréquents sont rassurants et permettent de réaliser des économies, en plus de contribuer à réduire au minimum les visites d'urgence ainsi que la douleur et l'inconfort inutiles. Comme les coûts de démarrage, les systèmes et la formation pour une clinique spécialisée de ce genre sont plus importants que pour un cabinet dentaire général, la clé consiste à agrandir la clinique et à mieux la faire connaître.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Devant la réussite du centre dentaire Runnymede dans le cadre du centre de santé Runnymede, une clinique similaire est mise sur pied dans le centre-ville de Toronto. Bien que cette deuxième clinique ne possède pas les mêmes installations ni le même équipement qu'un milieu hospitalier, la démarche qui consiste à offrir des soins de santé buccodentaire intégrés à une population diversifiée de patients a été adaptée. La pratique qui a vu le jour au centre dentaire Runnymede prend de l'ampleur et ses services spécialisés sont de plus en plus connus. Le centre dentaire Runnymede cherche également à offrir des services dentaires mobiles aux patients hospitalisés du centre de santé Runnymede qui sont cloués au lit.

Le centre dentaire Runnymede a reçu plusieurs demandes pour donner des renseignements, en dehors des établissements de soins de santé de longue durée et des autres installations, au sujet de l'importance de la santé buccodentaire ainsi que des demandes pour offrir les services de la clinique aux résidents des intervenants intéressés. L'élargissement de cette pratique au-delà de son cadre initial contribuera à améliorer l'accessibilité aux soins dentaires pour les établissements de soins de longue durée, à accroître la formation du personnel en soins de santé de longue durée sur l'importance de la santé buccodentaire et à encourager les visites régulières chez le dentiste, qui sont un élément important de la prévention des maladies et de la promotion de la santé.

Le plus grand défi pour le centre dentaire Runnymede consiste encore à donner un accès et des renseignements aux personnes qui pourraient bénéficier le plus de ses services — comme les résidents des établissements de soins de longue durée et les patients qui sont incapables d'obtenir un transport autonome — et à les informer des choix qui s'offrent à eux pour leurs soins.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^{re} Natalie Archer
Titre :
Organisme : Centre dentaire Runnymede
Courriel : runnymededental@drarcher.ca
Téléphone : 416-763-2000
Dernière mise à jour : Le 1^{er} mai 2013

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

Communications personnelles :

Archer, N. (entrevue, examen et rétroaction, 1^{er} mai 2013). [Runnymede Dental Centre].

Autres profils :

Autres :

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



canadien de la santé (2012).

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



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

La recherche visuelle participative

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

APERÇU :

Cette pratique novatrice fait appel à une approche axée sur la restauration afin de lutter contre le nombre grandissant d'infections associées aux soins de santé. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans un milieu clinique, met à contribution une équipe formée d'infirmières praticiennes autorisées et d'administrateurs d'hôpitaux. Un praticien est nécessaire pour saisir les données visuelles tandis que d'autres administrateurs et praticiens peuvent ensuite formuler les recommandations qui s'imposent.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Compte tenu des taux croissants d'infections associées aux soins de santé, des taux élevés de morbidité, de la durée des séjours et des coûts des soins de santé en Colombie-Britannique, une équipe de chercheurs et d'infirmières praticiennes a décidé d'intégrer la recherche visuelle participative à une approche axée sur la restauration afin de diminuer les taux d'infection.

L'approche axée sur la restauration se concentre sur quatre piliers de l'amélioration :

- 1) une compréhension commune de la culture, des antécédents et des ressources du milieu de travail;
- 2) une documentation adéquate des observations dans le milieu de travail;
- 3) une autosurveillance et une responsabilisation par le truchement d'une politique;
- 4) l'apprentissage de nouvelles méthodes pour améliorer les pratiques.

Les méthodes de recherche visuelle font appel à la photographie pour saisir des dossiers visuels, qui sont utilisés dans la recherche anthropologique et scientifique. Dans un milieu hospitalier, la recherche visuelle peut aider à déterminer les secteurs préoccupants et à les communiquer à l'aide de documents visuels. Par exemple, les capacités d'entreposage pour les fournitures peuvent être plus problématiques au début qu'à la fin du mois. L'utilisation de cette méthode permet de constituer un dossier complet des conditions au fil du temps et, par conséquent, d'assurer un suivi exact des progrès.

En janvier 2009, les membres de l'équipe de recherche, qui ont formé un groupe témoin, se sont réunis pour une première discussion dans le but de déterminer les questions préliminaires avant de dépêcher un praticien dans le milieu de travail pour faire une visite et une narration à l'aide de photos en avril 2009. Cette visite a aidé à déterminer les meilleurs moyens pour capter les images ainsi que les domaines susceptibles de nécessiter plus d'attention. En janvier 2010, le groupe témoin a tenu une deuxième discussion au sujet de la photo-interview. Un an plus tard, après que toutes les photos aient été prises, les membres du groupe se sont réunis de nouveau afin de rédiger des recommandations dans le but d'améliorer les pratiques en milieu hospitalier. Les recommandations ont été communiquées aux décideurs et publiées en avril 2011. Les interventions ont été mises en pratique à l'automne 2011.

RÉPERCUSSIONS :

Les progrès ont été documentés de façon constante à l'aide de moyens visuels et de représentations statistiques (comme des tableaux, des diagrammes et des graphiques) puis publiés dans des exposés de recherche. Les dossiers visuels mettaient en évidence des problèmes décelés lors des visites avec des locaux d'entreposage malpropres et une signalisation inadéquate, des chariots d'isolement désorganisés, des tenues vestimentaires inappropriées, une utilisation et un entreposage inefficaces des fournitures ainsi que des difficultés avec le système d'appel et du matériel abîmé. Le repérage de ces problèmes à l'aide de documents visuels est à la base des recommandations liées aux modifications relatives à l'entreposage du matériel et à la restructuration des processus.

Par conséquent, de nouveaux éviers et de nouvelles douches ont été installés, la sonnette d'appel défectueuse a été remplacée par une autre sonnette qui peut être essuyée, un espace de rangement mieux protégé a été conçu, les chaises abîmées ont été recouvertes et les murs ont été réparés. L'équipe de recherche a suivi les effets de la mise en place de la méthode de recherche visuelle sur les cas de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et d'entérocoque



résistant à la vancomycine (ERV). Les membres de l'équipe ont remarqué que les cas de SARM et d'ERV avaient diminué en octobre 2011 à la suite de la période d'intervention. De toute évidence, l'approche axée sur la restauration a permis de bien déterminer les points préoccupants et a jeté les bases pour les modifications subséquentes des processus.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Devant le succès de l'intervention, des méthodes de recherche visuelle ont été mises en place un peu partout dans le département professionnel de lutte contre les infections afin de suivre les progrès dans cinq unités pendant une éclosion. Il a été recommandé que ces méthodes soient intégrées à des inspections de sécurité en milieu de travail trimestrielles.

Dans le même ordre d'idées, l'équipe de recherche a déterminé qu'une intervention à plus grande échelle s'avérerait nécessaire, pour laquelle le chercheur principal des ventes a accordé une subvention. La pratique est maintenant mise à l'essai dans deux unités cliniques à L'Hôpital d'Ottawa en Ontario (projet dirigé par C. Backman, présidente, Viabilité des lignes directrices pour la pratique clinique).

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Patricia Marck

Titre : Professeure et directrice, doyenne associée

Organisme : École des sciences infirmières, campus Okanagan de la Faculté de la santé et du développement social de l'Université de la Colombie-Britannique

Courriel : patricia.marck@ubc.ca

Numéro de téléphone : 250-807-8417

Dernière mise à jour : Le 31 mai 2013

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

Communications personnelles :

Publications:

Autres profils :

Autre :

Marck, P. *Exploring infection control with participatory visual research methods: A restorative approach*. [Notes de présentation].

Extrait de : <http://qualityforum.ca/wp-content/uploads/2013/02/A4-Patricia-Marck1.pdf>



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

Diminution des infections urinaires parmi les patients des services de chirurgie

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

APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à réduire les infections urinaires liées à des cathéters parmi les patients des services de chirurgie. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique au Peach Arch Hospital, met à contribution quatre infirmières de l'équipe de chirurgie, un conseiller du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP), un commis, un examinateur clinique chirurgical, un gestionnaire des chirurgies ainsi que des membres du personnel du service des urgences, de la prévention des infections et de la salle d'opération.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) est une ressource qui propose des données et des méthodes chirurgicales de grande qualité afin d'améliorer les soins chirurgicaux. Le Peace Arch Hospital a commencé le NSQIP en juillet 2011 et, au cours de la première année de sa mise en place, les données non adaptées aux risques ont donné à entendre que les taux d'infections urinaires parmi les patients des services de chirurgie du Peace Arch Hospital étaient supérieurs à la moyenne du NSQIP. Par conséquent, le Peace Arch Hospital a mobilisé une équipe interprofessionnelle de fournisseurs de soins de santé en avril 2012 afin de diminuer de moitié les infections urinaires liées à des cathéters parmi les patients des services de chirurgie d'ici le mois de décembre 2012. Cela nécessiterait l'utilisation du NSQIP et d'autres pratiques exemplaires, comme les lignes directrices sur les infections urinaires liées à des cathéters de Fraser Health. Les autres objectifs comprenaient une meilleure éducation sur le NSQIP et la gestion de la prévention des infections urinaires, l'habilitation du personnel infirmier et une plus grande collaboration entre les fournisseurs de soins de santé. Cette pratique est unique car, en plus de faire appel au NSQIP, elle intègre d'autres pratiques exemplaires, y compris l'approche PDSA (Plan-Do-Stop-Act ou planifier-faire-arrêter-agir) de l'Institute of Health Improvement et un tableau de bord de la qualité, afin d'obtenir des soins de qualité supérieure.

L'équipe s'est mise à exposer clairement ces objectifs dans une charte et a commencé à mettre en place le NSQIP et les pratiques exemplaires pour lutter contre les infections urinaires de Fraser Health. Afin d'accroître la participation et de s'assurer que les pratiques exemplaires soient observées, l'équipe a tenu un concours sur le thème des pratiques exemplaires pour lutter contre les infections urinaires afin de mettre à l'épreuve les connaissances des employés, a fait la promotion de la prévention des infections urinaires à l'aide de circulaires et d'autres ressources éducatives et a organisé des rencontres avec l'équipe de soins de santé.

RÉPERCUSSIONS :

Afin de suivre les améliorations, de documenter les changements et de déterminer les points à améliorer, l'équipe a eu recours à plusieurs pratiques exemplaires de documentation. Plusieurs plans d'action ont été exécutés, comme l'utilisation de cathéters munis d'une pointe en argent, et le cycle planifier-faire-arrêter-agir a été utilisé pour tester l'efficacité du changement. De plus, l'équipe a mesuré les modifications à l'aide d'un tableau de bord de la qualité, qui comprenaient une documentation complète des différentes pratiques de prévention des infections urinaires à chaque mois. Pour saisir ces données, il fallait améliorer le système Kardex du Peace Arch Hospital et l'adapter afin qu'il soit plus pertinent pour le personnel infirmier, qui est à l'avant-plan de la collecte des données.

Toutes ces pratiques exemplaires assuraient un suivi, une documentation et une communication des résultats de grande qualité, qui ont été diffusés dans le cadre de présentations. Les résultats donnaient à entendre que l'hôpital était en voie d'atteindre son objectif de réduction de 50 %. Des résultats secondaires, comme l'amélioration de la collaboration et de la communication, ont également été obtenus.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



L'intervention n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Plusieurs leçons clés ont été tirées qui seraient utiles pour une application future, comme l'importance que le conseiller en amélioration de la qualité garde l'équipe et l'hôpital sur la bonne voie, d'accueillir un gestionnaire coopératif dans les rangs et d'inviter des personnes clés à se joindre à l'équipe. Enfin, il est également important de comprendre la théorie de la gestion du changement et de reconnaître que les données du NSQIP sont très utiles pour suivre les résultats et pour encourager une modification des pratiques hospitalières afin de réussir à mettre en place cette pratique.

Le NSQIP, qui est maintenant employé dans d'autres hôpitaux de la Colombie-Britannique, a été utilisé dans le cadre d'initiatives similaires comme l'initiative de gestion des soins cliniques, qui vise à diminuer les infections du site opératoire.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Susann Camus
Titre : Conseillère en amélioration de la qualité du NSQIP
Organisme : Fraser Health
Courriel : Susann.Camus@fraserhealth.ca
Téléphone : s.o.
Dernière mise à jour :

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

Autres :

Susann Camus, S., Gabriel, P. et Sperandeo, D. (28 février 2013). *Using NSQIP data and best practices to reduce urinary tract infections among surgical patients at Peace Arch Hospital*. [Notes de présentation]. Disponible à : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/c2-susann-camus>

BC Patient Safety and Quality Council. (sans date). *Surgical site infections*. Disponible à : <http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/surgical-site-infections/>



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

Young Carers Program (programme des jeunes soignants) du Hospice Toronto (centre de soins palliatifs de Toronto)

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

APERÇU :

Cette pratique innovatrice vise à renforcer les jeunes soignants à l'aide de l'intégration des services pour les enfants et les jeunes et des services pour les adultes afin de collaborer ensemble de façon à faire connaître les jeunes soignants et à relier les familles à des services de soutien.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Dans l'ensemble du Canada, à l'insu du public, se dissimulent beaucoup de jeunes soignants isolés. Selon les estimations, 12 p. cent des enfants et des jeunes du Canada prodiguent des soins à un membre de la famille aux prises avec une maladie, une incapacité mentale ou physique, une toxicomanie ou un obstacle linguistique. Ce groupe vulnérable et souvent marginalisé est souvent aux prises avec une exclusion sociale, de l'intimidation et de faibles résultats scolaires. L'ensemble de ces facteurs ont une incidence considérable sur le système de santé mentale, sans compter les conséquences négatives immédiates que les jeunes soignants ne bénéficiant pas d'un soutien peuvent exercer sur la cellule familiale et sa capacité générale de prodiguer des soins à un membre de la famille atteint d'une maladie ou d'une incapacité.

Le *Young Carers Program* (programme des jeunes soignants) du Hospice Toronto (centre de soins palliatifs de Toronto) appuie les enfants et les jeunes qui, par nécessité, assument un rôle important d'aidant pour un parent, un grand-parent ou un frère ou une sœur. Le programme a notamment pour objectifs la validation des rôles des jeunes soignants afin d'accroître l'estime de soi, l'amélioration du transfert des connaissances et de l'intégration avec les organismes et services sociaux et de santé pour les enfants et les jeunes et les adultes, et la création d'une initiative nationale de jeunes soignants au Canada.

La résilience chez les jeunes soignants est favorisée en créant des possibilités de soutien mutuel, d'amusement et de développement optimal à l'aide de programmes sociaux et récréatifs, d'enseignement et de perfectionnement des compétences. Des programmes en alternance, des soirées d'information et des événements spéciaux sont offerts à Toronto pour les soignants de 18 ans et moins, et organisés par l'entremise d'autres organismes comme TDSB, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, le Manoir Ronald McDonald de Toronto et divers autres partenaires. Les programmes comprennent des activités de groupe, des arts de la scène, des sports, des sorties éducatives, de l'aide aux devoirs et plus encore.

Ce programme a été financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada, la Fondation Jays Care, la Fondation Trillium de l'Ontario et la vente aux enchères Underwriting Hope de Valeurs Mobilières TD.

RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation du programme a eu lieu au début de l'automne 2012 lors de laquelle on a mené et recueilli des sondages auprès des participants et des partenaires. À ce moment, 97 membres étaient inscrits au programme des jeunes soignants (PJS) et 20 d'entre eux ont effectué la transition du service ou ont quitté. De plus, le programme a desservi au moins une fois environ 100 jeunes soignants non inscrits et 50 enfants des collectivités dans le cadre de programmes, d'ateliers et d'événements. Le PJS a dirigé onze programmes hebdomadaires, neuf ateliers, dix-huit événements spéciaux et trois camps de jour.

Selon la rétroaction générale, le PJS offre un service important aux jeunes soignants de Toronto. D'après les résultats, plus de



la moitié des membres du PJS ont une meilleure estime d'eux-mêmes et de leur rôle d'aidant depuis leur participation au PJS. Les parents des membres du PJS ont indiqué que le PJS a apporté un changement dans leur famille en offrant aux jeunes soignants la possibilité de se sentir importants, et les parents ont constaté un sentiment positif à propos du programme. Parmi les principaux obstacles à l'accès des membres du PJS aux programmes, mentionnons le transport et l'horaire du programme. Les parents ont indiqué que des programmes plus près de leur domicile permettraient à leurs enfants d'assister aux activités et événements du PJS plus facilement.

Malgré le fait que le PJS est à un stade précoce de la mise en œuvre des services aux jeunes soignants, la rétroaction des familles a réaffirmé jusqu'à présent les résultats de l'évaluation des projets des jeunes soignants au Royaume-Uni. Bien que les activités organisées par les programmes des jeunes soignants, notamment le PJS, soient axées sur l'enfant, les avantages qui découlent de ces programmes offrent un soutien indirect à la famille tout entière.

Le programme des jeunes soignants a reçu le prix [Toronto Community Foundation's Vital Youth Award](#) en 2012.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme des jeunes soignants s'inspire de la réussite de la Young Carers Initiative (YCI) (initiative des jeunes soignants (IJS)) conçue et mise en œuvre par la Société Alzheimer dans la région de Niagara. L'IJS initiale s'appuyait sur un modèle couronné de succès au Royaume-Uni. Cette initiative est maintenant en place depuis plus de 20 ans et comporte plus de 350 sections à l'échelle nationale. L'Australie offre des moyens de soutien similaires à ceux qui existent au Royaume-Uni, soit des services et programmes d'information et de répit ainsi qu'un soutien par les pairs. On a également créé un festival annuel. Les États-Unis ont de petits groupes de soutien en Floride qui offrent également des services similaires ainsi que des programmes visant à aider à enseigner aux jeunes soignants comment prodiguer des soins.

En 2007, le centre de soins palliatifs de Toronto a commencé à travailler sur l'adaptation du modèle de l'IJS en milieu urbain. Le programme des jeunes soignants est le premier projet de ce type pour les jeunes soignants en milieu urbain au Canada. Il sert de modèle au mouvement canadien des jeunes soignants, qui comprend également le projet Powerhouse et le Youth Caregivers Project (projet des jeunes aidants) de la Cowichan Family Caregivers Support Society (société d'aide cowichan aux aidants membres de la famille) de Colombie-Britannique. Dans le cadre du programme des jeunes soignants, on a élaboré une trousse de mise en œuvre pour aider à reproduire ce programme dans de nombreux milieux communautaires à l'échelle nationale. La trousse est complète et on étudie actuellement dans le cadre du programme les options en matière d'impression et de publication. De plus, des organismes partenaires à l'échelle nationale ainsi que des professionnels visant à offrir un soutien à cette population particulière sont en contact avec le comité directeur de Young Carers Canada, manifestant leur intérêt à adopter le programme en vue de le mettre en œuvre dans divers milieux.

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

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

<http://ycptoronto.weebly.com/index.html>

<http://ycptoronto.weebly.com/who-we-are.html>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Larisa MacSween

Titre : Gestionnaire, *Young Carers Program* (programme des jeunes soignants)

Organisme : Hospice Toronto

Courriel : larisa.macsween@hospicetoronto.ca

Numéro de téléphone : 416-364-1666

Dernière mise à jour : 17 avril 2013

External Source: <http://ycptoronto.weebly.com/>



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

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

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

APERÇU :

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

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

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

PERSONNE-RESSOURCE :

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

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

Autre :

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



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

Thrive! A Plan for a Healthier Nova Scotia (le plan Thrive! pour une Nouvelle-Écosse en meilleure santé)

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

À l'heure actuelle, la Nouvelle-Écosse détient l'un des taux d'incidence les plus élevés pour les maladies chroniques dans l'ensemble du Canada. De plus, un enfant et un jeune sur trois ont de l'embonpoint ou sont obèses et les taux d'alimentation malsaine, de comportement sédentaire et d'inactivité sont élevés. En 2010, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse s'est engagé à élaborer une stratégie de prévention de l'obésité chez les enfants. Le plan Thrive! pour une Nouvelle-Écosse en meilleure santé fait partie d'un vaste programme de prévention; son objectif précis consiste à aménager des milieux favorables et à créer des politiques qui encouragent l'activité physique et une saine alimentation. Le plan fait appel à une approche pangouvernementale et multisectorielle afin de s'attaquer à l'enjeu. Les ministères de l'Agriculture, de l'Éducation, de la Justice, de l'Environnement, des Services communautaires, des Ressources naturelles, de la Santé et du Mieux-être et de l'Énergie, de même que Transports et Renouvellement de l'infrastructure et Services Nouvelle-Écosse et Relations avec les municipalités, participent à l'initiative. Des comités interministériels ont été formés afin d'examiner ce qui se fait au sein des ministères et entre les ministères et d'assurer des messages et un soutien uniformes dans l'ensemble des ministères.

Les quatre orientations stratégiques du plan Thrive! sont les suivantes : 1) favoriser un départ sain pour les enfants et les familles, 2) procurer aux gens les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour être en santé toute leur vie, 3) créer d'autres possibilités pour bien manger et être actif, et 4) planifier et bâtir des collectivités plus saines. Ces orientations s'appuient une politique sociale qui a pour objectif de créer des mécanismes afin de s'assurer que les prises de décisions provinciales soient compatibles avec une politique publique saine. Cet objectif peut être réalisé en intégrant une évaluation des incidences sur la santé dans les lois sur la santé publique ainsi que dans tous les ministères. Chacune des orientations comporte un ensemble particulier d'objectifs assortis de mesures à prendre. Ces orientations et ces mesures sont fondées sur des observations scientifiques ainsi que sur des consultations auprès des experts et de la population.

Le plan Thrive! est soutenu par une stratégie de mobilisation globale qui prévoit des comptes rendus réguliers sur les progrès à l'intention de la population.

RÉPERCUSSIONS :

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse élabore actuellement un plan d'évaluation global. Il a déterminé plusieurs résultats à court, à moyen et à long terme. Les résultats à court terme (un à trois ans) se penchent sur la planification, les politiques et les investissements (par exemple des indicateurs de processus qui déterminent les intervenants concernés, les activités qui ont lieu). Les résultats à moyen terme (trois à cinq ans) s'attardent aux changements dans les milieux qui favorisent des comportements sains, tandis que les résultats à long terme (cinq à 10 ans) se concentrent sur les comportements qui améliorent la santé, c'est-à-dire les tendances à la hausse ou à la baisse durables dans les taux qui sont liés à une saine alimentation, à l'activité physique, à une alimentation malsaine et à un comportement sédentaire. Les résultats finaux (10 ans et plus) portent principalement sur une population plus en santé, par exemple une diminution des maladies chroniques évitables.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être collabore avec les chercheurs et les intervenants afin de concevoir un cadre d'évaluation pour le plan Thrive! Ensemble, ils détermineront les indicateurs, les mesures et les outils qui sont nécessaires pour évaluer la mise en place et les retombées du plan Thrive! à plusieurs niveaux. Le ministère de la Santé et du Mieux-être cherche à savoir de quelles façons l'approche coopérative pangouvernementale Thrive! change les politiques sociales et économiques, comment le programme se déroulera et de quelles manières le plan Thrive! contribuera à modifier les milieux, les comportements et les résultats sur la santé.



APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce plan mise sur la réussite de la stratégie sur l'alimentation saine en Nouvelle-Écosse et de la stratégie Jeune actif, jeune en santé. Le plan Thrive! aidera la Nouvelle-Écosse à répondre aux priorités nationales énoncées dans l'initiative Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé. Le plan n'a pas été adapté d'une autre compétence et n'a pas été mis sur pied ailleurs.

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

- <https://thrive.novascotia.ca/about-thrive>
- Whitby, C. (communication personnelle : entrevue et rétroaction, 21 janvier 2013). [Coordonnatrice de la mise en œuvre du plan Thrive!, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse]
- Nucklaus, K., (communication personnelle : entrevue et rétroaction, 21 janvier 2013). (Analyste principale des politiques, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse)
- Ryan, P. (communication personnelle : entrevue et rétroaction, 21 janvier 2013). (Analyste principale des politiques, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse)

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Caroline Whitby

Titre : Coordinatrice de la mise en œuvre du plan Thrive!

Organisme : Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Courriel : Caroline.whitby@gov.ns.ca

Téléphone : 902-424-1686

Dernière mise à jour : 22 janvier 2013

External Source: <https://thrive.novascotia.ca/about-thrive>