



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

## Thème : Soins axés sur le patient (vol. 1)

Janvier 2014



Health Council of Canada  
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

TERMES DE RECHERCHE:	N/A	LOCATION:	Tout
THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	30 résultats sur 120

### 1. Winnipeg Regional Health Authority Palliative Care Program (WRHA-PCP)

Implementation Year: Jeudi, janvier 6, 2011 - 14:45	Location: Manitoba	Practice Website: <a href="http://www.wrha.mb.ca/prog/palliative/">http://www.wrha.mb.ca/prog/palliative/</a>
---	--------------------	---

**SNAPSHOT:**

This innovative practice aims to improve the quality of life for patients receiving palliative care through the development of interprofessional health care teams delivering services across the continuum of care. The WRHA-PCP was initiated in the Winnipeg region in 2011, receives ongoing support and funding from the Regional Health Authority, and continues to expand its health human resource capacities.

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Lori Embleton **Title:** Program Director **Organization:** St. Boniface General Hospital, Winnipeg Regional Health Authority- Palliative Care  
**Email address:** [lembleton@wrha.mb.ca](mailto:lembleton@wrha.mb.ca) **Telephone number:** 204-237-2371

### 2. Hospital Home Team (Virtual Ward)

Implementation Year: Jeudi, janvier 6, 2011 - 14:45	Location: Manitoba	Practice Website:
---	--------------------	-------------------

**SNAPSHOT:**

This innovative practice aims to reduce frequencies of emergency department visits, hospital admissions, re-admissions and duration of stay through the provision of accessible, comprehensive health care services. Established in 2011 out of Access River East, a Health and Social Services Centre in North East (NE) Winnipeg, this team managed an original caseload of ten select patients with complex health care needs and has since continued to expand patient intake.

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Debra Vanance **Title:** Community Area Director, River East & Transcona **Organization:** Winnipeg Regional Health Authority and Government of Manitoba Family Services **Email address:** [dvanance@wrha.mb.ca](mailto:dvanance@wrha.mb.ca) **Telephone number:** 204 938 5011

### 3. Pharmacists Practising in Family Health Teams

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2003 - 16:00	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_progress.aspx">http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_progress.aspx</a>
--	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

Family Health Teams (FHTs) were introduced in Ontario in 2003 and were designed to address issues related to accessibility and quality of primary care. The goal of involving pharmacists in FHTs was to improve appropriate medication therapy management, particularly given the prevalence of chronic illnesses. There are now approximately 150 pharmacists in Ontario practising with FHTs.

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Lisa Dolovich **Title:** Research Director and Professor, Department of Family Medicine **Organization:** McMaster University **Email address:** [ldolovic@mcmaster.ca](mailto:ldolovic@mcmaster.ca) **Telephone number:** (905) 525-9140 ext 28509 **Information last updated on:** October 15, 2013



#### 4. Longitudinal Elderly Person Shadowing Project

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, décembre 9, 2007 - 16:00	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b>
---	-------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

This innovative practice aims to improve the quality of care provided to elderly patients through participatory educational programming. The Longitudinal Elderly Person Shadowing Project was first offered to health care professional students at the University of Saskatchewan in 2007. As of November 2013, a total of 410 students have completed this program and partnered with 127 seniors.

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Jenny Basran **Title:** Regional Health Authority Geriatrics Program Director **Organization:** University of Saskatchewan, College of Medicine, Division of Geriatric Medicine **Email address:** jenny.basran@saskatoonhealthregion.ca **Telephone number:** 306 655 8925 **Information last updated on:** November 5, 2013

#### 5. Patient Enrolment with a Primary Care Provider

<b>Implementation Year:</b> Mardi, décembre 9, 2003 - 15:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

This innovative practice involving patient enrolment in a primary health care practice formalizes an ongoing relationship between primary care providers and patients; provides the basis for population-based funding, capitation-based provider payment, and primary care performance measurement; and facilitates pro-active preventive care and chronic disease management. The practice has been implemented in Ontario in most primary care settings and involves more than three quarters of Ontario residents and primary care physicians.

**CONTACT INFORMATION:**

**Phil Graham Manager, Family Health Teams and Related Programs Primary Care Branch Negotiations and Accountability Management Division Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Telephone:** 416-212-0832 **Email:** Phil.Graham@ontario.ca

#### 6. Patients as Partners—Patient Voices Network

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, décembre 9, 2009 - 15:30	<b>Location:</b>	<b>Practice Website:</b>
---	------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

This innovative practice improves health care through patient, family, and caregiver engagement in voice, choice, and representation in health reform and quality improvement. The practice was launched province-wide in British Columbia and involves patients, families, and caregivers working in partnership with health system decision-makers. The Institute for Healthcare Improvement’s Triple Aim is a guiding principle of the Patient Voices Network.

**CONTACT INFORMATION:**

**Caryl Harper Ministry of Health Patients as Partners: Patient Voices Network 3-2, 1515 Blanshard St. Victoria, BC V8W 3C8 Telephone:** 604-742-1772 **Email:** connect@patientvoices.ca

#### 7. Community Health Centres in Ontario

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, décembre 9, 1979 - 14:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

This innovative practice improves access to primary health care, particularly for populations that have traditionally faced access barriers. Ontario has 73 Community Health Centres (CHCs), which involve community governing boards and a broad array of primary health care providers.



**CONTACT INFORMATION:**

**Nadia Surani Program Manager, Specialized Models Programs Primary Health Care Branch Negotiations and Accountability Management Division Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 1075 Bay Street, 9th Floor Toronto ON M5S 2B1 Email: Nadia.Surani@ontario.ca**

**8. Alberta Access Improvement Measures (AIM)**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, décembre 9, 2005 - 14:30	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.albertaaim.ca">http://www.albertaaim.ca</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

This innovative practice helps family physicians, speciality care physicians, and Alberta Health Services programs and their teams reduce or eliminate wait times, improve office efficiency, and improve patient care by using quality improvement methods. The initiative has involved 19 learning collaborative supporting improvement teams across Alberta, including 614 family physicians from 133 primary care clinics.

**CONTACT INFORMATION:**

**Steven Clelland Director, Alberta AIM Email: [steven.clelland@albertahealthservices.ca](mailto:steven.clelland@albertahealthservices.ca) Telephone: 780-342-8823**

**9. Engaging Medical Assistants—A Patient- Centred Medical Home Chronic Care Model at the DFD Russell Medical Center**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, décembre 9, 1999 - 14:15	<b>Location:</b> International	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.dfdRussell.org/">http://www.dfdRussell.org/</a>
---	--------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

This innovative practice improves quality of care in the context of increased prevalence of chronic illnesses. There are currently three federally qualified community health centres operating under the interprofessional DFD Russell Medical Center in Maine, USA. This chronic care model capitalizes on health human resources by employing medical assistants as part of the health care team and participates in broader state-wide and national initiatives to promote the integration of patient-centred medical homes.

**CONTACT INFORMATION:**

**Name: Catherine Dower Title: Associate Director Organization: Center for the Health Professions Email address: [cdower@thecenter.ucsf.edu](mailto:cdower@thecenter.ucsf.edu) Telephone number: 1 (415) 476-1894 Information last updated on: September 20, 2013**

**10. The Caring Together Project**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, décembre 9, 2013 - 14:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

This innovative practice facilitates interprofessional practice for palliative care givers. The Caring Together Project was initiated in 2007 as an online learning resource and piloted in two not-for-profit long term care homes in Ontario involving a total of 55 staff members. Since the project continued from its pilot phase, the e-learning resource has been integrated into interprofessional course work for health science students at the University of Ottawa (2013).

**CONTACT INFORMATION:**

**Name: Emma Stodel Title: Consultant Organization: Learning 4 Excellence Email address: [estodel@learning4excellence.com](mailto:estodel@learning4excellence.com) Telephone number: 613-822-7060 Information last updated on: November 14, 2013**

**11. Bridging Relationships Across Interprofessional Domains (BRAID)**

<b>Implementation Year:</b> Samedi, décembre 9, 2006 - 14:00	<b>Location:</b> Nouveau-Brunswick	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.unb.ca/saintjohn/vp/tuckerpark/">http://www.unb.ca/saintjohn/vp/tuckerpark/</a>
--	------------------------------------	--



**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Roberta Clark **Title:** Assistant Dean for Health Research & Partnerships **Organization:** University of New Brunswick, Saint John **Email address:** Roberta.Clark@unb.ca **Telephone number:** (506) 648-5821 **Information last updated on:** Sep 13, 2013

**12. Infirmière pivot en oncologie**

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, novembre 27, 2005 - 10:00	<b>Location:</b> Québec	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/center/index.php?accueil">http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/center/index.php?accueil</a>
---	-------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aide les patients atteints de cancer à cheminer dans le système de santé en améliorant l'accessibilité des ressources, la coordination des soins, la continuité des soins ainsi que les communications avec les fournisseurs. Le premier poste d'infirmière pivot en oncologie a été créé en 2005 au Centre hospitalier de l'Université Laval, à Québec. Le poste a été conçu pour permettre aux patients atteints d'un cancer du cou et de la gorge d'avoir un lien direct avec le système de soins de santé. On dénombre actuellement plus de 250 infirmières pivot en oncologie au sein des équipes de soins en milieu hospitalier dans la province du Québec.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Lise Fillion **Titre :** Infirmière autorisée **Organisme :** Faculté des sciences infirmières, Université Laval **Courriel :** lise.fillion@fsi.ulaval.ca **Téléphone :** 418-525-4444, poste 15754 **Dernière mise à jour :** Le 20 août 2013

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

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, novembre 27, 2011 - 09:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.homeforlifegb.com/">http://www.homeforlifegb.com/</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

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

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, novembre 27, 2005 - 09:30	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://chronicdiseases.ca/arthritis/">http://chronicdiseases.ca/arthritis/</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

**15. Inclusion des patients et de leur famille au sein des conseils d'action d'unités des hôpitaux afin de**



## **promouvoir des soins interprofessionnels intégrés et centrés sur le patient**

<b>Implementation Year: Samedi, novembre 26, 2011 - 14:30</b>	<b>Location: Ontario</b>	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

### **SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice illustre un modèle de pratique en collaboration pour la prestation de soins interprofessionnels centrés sur le patient en suscitant la participation des patients et de leur famille en tant que membres des conseils d'action d'unités (CAU). Ce projet fut inauguré en 2011 en Ontario au sein d'une alliance de quatre hôpitaux communautaires en milieu rural.

### **CONTACT INFORMATION:**

**Nom : Dianne Gaffney Titre : Responsable de l'organisme, Exercice professionnel Organisme : Huron Perth Healthcare Alliance Courriel : dianne.gaffney@hpha.ca Téléphone : 519-272-8210, poste 2316 Dernière mise à jour : 31 juillet 2013**

## **16. Le programme Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports (THMFS) et le continuum de soins pour les aînés Vieillir chez soi au Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout**

<b>Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2004 - 10:45</b>	<b>Location: Ontario</b>	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

### **SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice améliore la santé et le bien-être des aînés dans les communautés éloignées et isolées du nord-ouest de l'Ontario par la prestation de soins de santé sécuritaires sur le plan culturel et par la mise au point d'un continuum de services offerts dans la communauté et en établissement qui sont reliés entre eux. Lancée par le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout (Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre ou SLMHC), la pratique prend racine dans une stratégie de collaboration entre les dirigeants et les communautés des Premières nations, le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), les gouvernements provincial et fédéral, les organismes de santé, les fournisseurs et les aidants.

### **CONTACT INFORMATION:**

**Nom : Heather Fukushima Titre : Directrice, développement des soins et des services de longue durée et programme traditionnel Organisme : Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout Courriel : hfukushima@slmhc.on.ca Téléphone : 807-737-2700 Dernière mise à jour : Le 26 juin 2013**

## **17. Supporting Aboriginal Seniors at Home (SASH), Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre (aider les aînés autochtones à rester chez eux grâce au centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones du sud-ouest de l'Ontario)**

<b>Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2010 - 10:15</b>	<b>Location: Ontario</b>	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

### **SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice permet d'assurer des soins de santé sécuritaires sur le plan culturel afin de diminuer la fréquence des maladies chroniques et de prolonger l'espérance de vie des aînés autochtones. La pratique aborde ainsi les disparités entre l'espérance de vie et la fréquence des maladies chroniques entre les aînés autochtones et non autochtones. Lancée en Ontario dans un centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones, la pratique mettait à contribution une infirmière praticienne, un porte-parole en matière de santé des aînés et un guide du patient.

### **CONTACT INFORMATION:**

**Nom : Barb Chrysler Titre : Gestionnaire, soins primaires Organisme : Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre Courriel : bchrysler@soahac.on.ca Téléphone : 519-289 0352 Dernière mise à jour : Le 23 septembre 2013**

## **18. Les centres communautaires de Métis Nation of Ontario (MNO) donnent un coup de main aux aînés métis et aux familles**

<b>Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 1993 - 10:15</b>	<b>Location: Ontario</b>	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------



**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde la nécessité de soutenir les citoyens métis du troisième âge qui risquent de passer à travers les mailles d'un système de santé complexe. Les premiers centres communautaires ont vu le jour au milieu des années 1990 et ils se sont multipliés depuis ce temps. Les programmes se traduisent par des partenariats avec différents ministères, des groupes autochtones et le secteur du bénévolat. Les soins sont assurés par des effectifs de santé interdisciplinaires, des travailleurs dans des centres communautaires et des bénévoles.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Wenda Watteyne, **Titre :** Directrice de la guérison et du mieux-être **Organisme :** Métis Nation of Ontario **Courriel :** wendaw@metisnation.org  
**Téléphone :** 613-798-1488 **Dernière mise à jour :** Le 23 octobre 2013

**19. Kahnawake Home and Community Care Services (services de soins à domicile et en milieu communautaire de Kahnawake)**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, novembre 26, 2003 - 10:00	<b>Location:</b> Québec	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.kscs.ca/taxonomy/term/5/all">http://www.kscs.ca/taxonomy/term/5/all</a>
--	-------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice assure un meilleur continuum de soins pour les aînés et les autres membres des Premières nations dans leur communauté de Kahnawake de 9 500 habitants. Elle prévoit des services aux domiciles des clients et fait appel à une équipe de soins infirmiers à domicile de 10 membres, à une équipe de 18 aides en soins de santé à domicile, à une équipe de sept membres axée sur un programme de jour en milieu hospitalier, à un conseiller pour les services aux adultes et aux aînés, à deux animateurs pour le programme de jour, à deux chargés de cas pour les aînés, à un personnel administratif, à une équipe responsable de la cuisine, à une équipe chargée de l'entretien et de la sécurité et au gestionnaire du programme.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Mike Horne **Titre :** Gestionnaire de programme, Kahnawake Home and Community Care Services **Organisme :** Kahnawake Shaktotia'takehhas Community Services **Courriel :** mikeh@kscskahnawake.ca **Téléphone :** 450-632 5499, poste 115 **Dernière mise à jour :** Le 17 juillet 2013

**20. Des auxiliaires en santé communautaire donnent un coup de main pour combler les pénuries d'infirmières, pour assurer la continuité des soins et pour préserver la sécurisation culturelle**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, novembre 26, 2007 - 10:00	<b>Location:</b> Terre-Neuve-et-Labrador	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.nunatsiavut.com/index.php?option=com_content&amp;view=frontpage&amp;Itemid=1&amp;lang=en">http://www.nunatsiavut.com/index.php?option=com_content&amp;view=frontpage&amp;Itemid=1&amp;lang=en</a>
--	--	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde les préoccupations liées au recrutement et au maintien en poste des infirmières ainsi que la continuité et la sécurisation culturelle des soins pour les aînés inuits. Cinq auxiliaires en santé communautaire travaillent au sein des collectivités.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Tina Buckle **Titre :** Coordonnatrice des soins infirmiers communautaires **Organisme :** Le gouvernement du Nunatsiavut, département de la Santé et du Développement social **Courriel :** tina\_buckle@nunatsiavut.com **Téléphone :** 709-896-9750, poste 232 **Dernière mise à jour :** Le 30 septembre 2013

**21. Modèle de pratique en collaboration**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, novembre 26, 2010 - 09:45	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b>
--	-------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

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



**CONTACT INFORMATION:**

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

**22. Un programme de soins de santé à domicile pour tous, à l'intérieur comme à l'extérieur de la réserve, à Bella Coola**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, novembre 26, 2007 - 09:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b>
--	---------------------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice aborde la nécessité d'assurer un accès équitable à des soins à domicile et à des soins communautaires intégrés aux aînés autochtones qui habitent dans une réserve. Lancée à Bella Coola, la pratique met à contribution une équipe interprofessionnelle formée de travailleurs fédéraux et provinciaux qui offrent des soins à domicile et de travailleurs qui sont au service d'une bande.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Glenda Phillips **Titre :** Gestionnaire, soutien à domicile et en milieu communautaire **Organisme :** Bella Coola General Hospital **Courriel :** glenda.phillips@vch.ca **Téléphone :** 250-799-5311 **Dernière mise à jour :** Le 30 septembre 2013

**23. Promotion de la participation des pères dans le cadre de l'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAPF)**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, novembre 5, 2012 - 14:30	<b>Location:</b> Québec	<b>Practice Website:</b> <a href="http://iap.uqo.ca/en/">http://iap.uqo.ca/en/</a>
---	-------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice aide à rendre les services et soins de santé actuels plus inclusifs, accessibles et utiles pour les pères. L'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAPF) sera mise en œuvre dans cinq régions du Québec au cours de 2012 à 2017, et vise à former des gestionnaires et intervenants en soins de santé qui interagissent avec les parents lors de la période périnatale.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Francine de Montigny **Titre :** Chaire de recherche sur la santé psychosociale des familles **Organisme :** Université du Québec en Outaouais **Courriel :** francine.demontigny@uqo.ca **Téléphone :** 819-595-3900-2257

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

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

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

**25. Patient Navigation Program for Low-Income Women with Breast Cancer: Seminal Innovation at Harlem Hospital, New York City (programme d'orientation des patients pour les femmes atteintes du cancer du sein et ayant un faible revenu : innovation déterminante)**

<b>Implementation Year:</b>	<b>Location:</b> International	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.hpfreemanpni.org/">http://www.hpfreemanpni.org/</a>
-----------------------------	--------------------------------	--





Dimanche, octobre 7, 1990 -  
14:15

**SNAPSHOT:**

Cette pratique innovatrice aborde les obstacles que connaissent les femmes ayant un faible revenu lors du dépistage, du diagnostic et du traitement du cancer du sein. La pratique a été inaugurée à New York au centre hospitalier de Harlem et faisait intervenir des membres de la collectivité ayant reçu une formation en orientation des patients.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Amber Paquette **Titre :** Stratège en développement **Organisme :** Harold P. Freeman Patient Navigation Institute **Courriel :** [apaquette@hpfreemanpni.org](mailto:apaquette@hpfreemanpni.org) **Téléphone :** 1-646-380-4060

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

**Implementation Year:** Mardi,  
octobre 9, 2012 - 14:00

**Location:** Ontario

**Practice Website:** <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/MHEN/side.html>

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

**27. Programme de consultations externes intensives en réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés**

**Implementation Year:**  
Vendredi, octobre 7, 2011 -  
14:00

**Location:**  
Colombie-Britannique

**Practice Website:** [http://www.viha.ca/adult\\_rehab\\_services/outpatient\\_programs/iorp.htm](http://www.viha.ca/adult_rehab_services/outpatient_programs/iorp.htm)

**SNAPSHOT:**

Cette pratique aborde le besoin d'accroître l'accès aux services de réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés à l'aide d'une équipe interprofessionnelle qui aide les patients à réintégrer leur collectivité. Cette pratique a été lancée en octobre 2011 dans deux collectivités de la Vancouver Island Health Authority (VIHA).

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Marci Ekland, directrice, services de réadaptation et développement de programmes régionaux externes **Organisme :** Vancouver Island Health Authority **Courriel :** [marci.ekland@viha.ca](mailto:marci.ekland@viha.ca) **Téléphone :** 250-755-7681, poste 52333

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

**Implementation Year:** Mardi,  
octobre 7, 2003 - 13:45

**Location:**  
Colombie-Britannique

**Practice Website:** <http://supervisedinjection.vch.ca/>

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Monika Stein **Titre :** Gestionnaire, programmes de réduction des méfaits **Organisme :** Vancouver Coastal Health **Courriel :**



monika.stein@vch.ca Téléphone : s. o.

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

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

### SNAPSHOT:

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

### CONTACT INFORMATION:

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

## 30. 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

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, janvier 20, 1999 - 02:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> N/a
--	--------------------------	------------------------------

### 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



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

# Winnipeg Regional Health Authority Palliative Care Program (WRHA-PCP)

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

**SNAPSHOT:** This innovative practice aims to improve the quality of life for patients receiving palliative care through the development of interprofessional health care teams delivering services across the continuum of care. The WRHA-PCP was initiated in the Winnipeg region in 2011, receives ongoing support and funding from the Regional Health Authority, and continues to expand its health human resource capacities.

## PRACTICE DESCRIPTION:

In 1999, administrative structures were regionalized across the province of Manitoba. During that process, new visions for the health care system emerged which included the creation of a palliative care model in order to better respond to patient needs, particularly with an aging demographic. In 2011, the WRHA received funding to put this model into action. An interprofessional palliative care team was developed, comprising of registered nurses, clinical nurse specialists, general practitioners, and social workers, with established referral systems to community programs such as mental health service provision. The entire program is organized through a centralized system to manage the coordination of care services across home, long-term or acute care settings. For example, with this centralized system, patients' needs can be prioritized to determine relative eligibility for unit beds (rather than leave determination of accessibility to site-specific availability). Moreover the centralized management enables coordinated communication so that patient information can be shared more easily across settings and providers. Providers are paid through block funding so that the supply and distribution of health human resources can be determined based on the community needs.

What makes this practice particularly innovative is its integration of the interprofessional health care team. Usual models of palliative care would be predominantly provided by nurses. In this model, the variety of health care team members enables the provision of more comprehensive care—this includes physicians visiting patients in their homes. Overall, this model aims to deliver the right care in the right place, mitigate unnecessary emergency room visits, and enable patients to stay in their homes, particularly during end-of-life care.

## IMPACT:

This innovative practice has been implemented since 2011 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

## APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The organization behind the WRHA-PCP was developed internally, specific to the region's health care needs. The unified vision of the way in which this model was conceptualized and has been implemented to better meet patient has supported the successes of the program thus far. The greatest operational barrier over the last two years has been noted around the challenge of upgrading the technological infrastructure. With ongoing support for this program from the region, there are currently plans in place to expand health human resource capacities and the ability to provide more comprehensive services through the inclusion of psychosocial resources, clinical pharmacists, and health care aides into the palliative care team.

## CONTACT INFORMATION:

Name: Lori Embleton

Title: Program Director

Organization: St. Boniface General Hospital, Winnipeg Regional Health Authority- Palliative Care



Email address: [lembleton@wrha.mb.ca](mailto:lembleton@wrha.mb.ca)

Telephone number: 204-237-2371

Information last updated on: December 12, 2013

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

***Personal Communications:***

Lori Embleton; December 12, 2013 [telephone]

***Alternative Profiles:***

Community Model of Palliative Care: <http://www.manitoba.ca/health/mpan/pdf/palliative.pdf>

**External Source:** <http://www.wrha.mb.ca/prog/palliative/>



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

## Hospital Home Team (Virtual Ward)

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

**SNAPSHOT:** This innovative practice aims to reduce frequencies of emergency department visits, hospital admissions, re-admissions and duration of stay through the provision of accessible, comprehensive health care services. Established in 2011 out of Access River East, a Health and Social Services Centre in North East (NE) Winnipeg, this team managed an original caseload of ten select patients with complex health care needs and has since continued to expand patient intake.

### PRACTICE DESCRIPTION:

A common consequence of poor access to primary care services is the overreliance on emergency departments to provide frontline care. Often times, patient needs would be more appropriately met in other settings; however, the structure of the system is not designed to provide such care, particularly after hours and on weekends. The Hospital Home Team was initiated on a pilot project basis from 2011-2012 to improve access, continuity of care and quality of life by enabling patients to safely and happily stay at home. This pilot was funded by Manitoba Health through the Manitoba Patient Access Network.

This pilot used a predictive risk model to identify individuals most likely to benefit from the program. The identified individuals included in the first cohort were all existing clients of Home and Primary Care at Access River East and due to their health care complexity were frequent visitors to hospital emergency units. The initial interprofessional health care team included a physician, a home care case coordinator (social worker) and a registered nurse. The current expanded team has other community and hospital staff that includes other existing medical, allied health, nursing and support staff. As the model continues to expand, there is intention to include mental health professionals and pharmacists. The team does weekly rounds. Patient documentation occurs via the Electronic Medical Record and the Resident Assessment Instrument (RAI), Home Care, Minimum Data Set (MDS). Patients are contacted by telephone to arrange appropriate timing of home visits. The team is notified when patients attend emergency and emergency staff have access to MDS. An evolving characteristic of this model is the availability of the on call primary care team during evenings and weekends.

### IMPACT:

An assessment was conducted pre- and post-implementation of the pilot virtual ward model. The initial ten patients had sought care in the emergency department a total of 27 times over the 12-month period in 2011 which was compared to 64 times in the 12 months previous in 2010. Length of hospital stay for these patients was also compared at 138 in 2011 to 319 in 2010. Qualitative feedback from the families identified that they felt supported in caring for their loved one in the community and appreciated the timely response of the team. For patients living on their own, they reported greater confidence living independently with complex needs. From the palliative care coordinator, they reported patients and families expressing satisfaction with the care received and from the palliative care physician, they considered the team approach to be vital to keeping patients in their home communities. The original pilot used existing staff and potential cost reduction for inpatient bed days alone were approximately \$140,000 based on a bed cost of \$800/day. These savings are not extractable but represent an ability to care for more patients within the same budget allocation.

### APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The concept of the virtual ward is linked to development in the United Kingdom in the early 2000's. A Canadian-led research team has since developed the 'LACE' index (L—length of stay; A—acuity of admission; C—Charlson Comorbidity Index; E—number of emergency room visits in the last six months) to predict otherwise unplanned readmission within 30 days post hospital discharge and provides a transferrable algorithm for calculated appropriate case management for this type of care model.

The successes of the Hospital Home Team in Winnipeg are related to the well-established relationships between the NE Winnipeg staff and leadership across community and acute care and the health and social services programs of the Winnipeg Regional Health Authority and Government of Manitoba, Family Services.



The Hospital Home Team expansion will increase patient capacities to 100 over the next few years and include Access Transcona, a second Health and Social Services site in NE Winnipeg. In addition a second team has been established in West Winnipeg with another planned for South Winnipeg. Additionally, there are three other virtual wards at various stages of development in Canada.

- Toronto Central Community Care Access Centre (and in some hospitals associated with the University of Toronto).

[http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/LKS\\_15\\_-\\_NCMN-VirtualWard-Oct2012\\_-\\_Effie\\_Galanis.pdf](http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/LKS_15_-_NCMN-VirtualWard-Oct2012_-_Effie_Galanis.pdf)

- South East Toronto Family Health Team (for patients being discharged from Toronto East General Hospital)

[http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking\\_up\\_the\\_pace\\_files/Kavita\\_Mehta.sflb.ashx](http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/Kavita_Mehta.sflb.ashx);

[http://www.uwo.ca/fammed/csfm/siiren/documentation/AHRQ\\_Virtual\\_Ward\\_Pre...](http://www.uwo.ca/fammed/csfm/siiren/documentation/AHRQ_Virtual_Ward_Pre...)

- St Mary's Hospital in Quebec (which focuses on patients with mental illness)

#### **CONTACT INFORMATION:**

Name: Debra Vanance

Title: Community Area Director, River East & Transcona

Organization: Winnipeg Regional Health Authority and Government of Manitoba Family Services

Email address: [dvanance@wrha.mb.ca](mailto:dvanance@wrha.mb.ca)

Telephone number: 204 938 5011

Information last updated on: January 2014

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

The Use of Virtual Wards to Reduce Hospital Readmissions in Canada. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2011). [http://www.cadth.ca/media/pdf/ES-27\\_virtual\\_wards\\_e.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/ES-27_virtual_wards_e.pdf)

#### **Personal Communications:**

Debra Vanance; January 2, 2013 [email]

#### **Other:**

Virtual ward, real results: Doctor, nurse, home-care coordinator team up in a year-long project keeping elderly, chronic patients in their homes instead of hospital beds. (2012)

<http://www.winnipegfreepress.com/breakingnews/virtual-ward-real-results-148364425.html>



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

# Pharmacists Practising in Family Health Teams

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

**SNAPSHOT:** Family Health Teams (FHTs) were introduced in Ontario in 2003 and were designed to address issues related to accessibility and quality of primary care. The goal of involving pharmacists in FHTs was to improve appropriate medication therapy management, particularly given the prevalence of chronic illnesses. There are now approximately 150 pharmacists in Ontario practising with FHTs.

## PRACTICE DESCRIPTION:

Family Health Teams (FHTs) are comprised of physicians and other health care professionals, including pharmacists. Each FHT offers seven-days-a-week access to care, providing a range of services determined by community needs. Interprofessional involvement is made possible through blended payment models, including a combination of capitation, fee for service, bonuses for achieving prevention targets, and special payments to expand care services such as palliative, home, or pre-natal care. Pharmacists' role in the FHTs has been growing as they work to ensure better prescribing practices and care for the whole patient through comprehensive assessments and follow-ups.

FHTs are organized through the local health integration network and funded by the Ministry of Health and Long-Term Care. Identified stakeholders include the Ontario Pharmacists Association and the Association of Family Health Teams of Ontario, Primary Care Pharmacists Specialty Network.

## IMPACT:

The greater involvement of pharmacists in FHTs has been supported by evidence generated by the Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART) study, which was conducted in 2000 (see <http://spep.phm.utoronto.ca/spep/SMARTPROJECTSUMMARYSPEP.htm>). This study involved 1,554 patients referred to a pharmacist for comprehensive assessment in the first 24 months alone. SMART was randomized and designed to determine effectiveness of pharmacy consulting on physician prescribing behaviours. Qualitative reporting indicated fewer drug-related problems and greater physician compliance to pharmacist recommendations (72.3%, 790/1093). SMART provided a strong base for subsequent programming. Funding was provided by the Health Transition Fund, part of Health Canada, and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

The regular monitoring and evaluation of FHTs has demonstrated largely positive results with respect to patient satisfaction and job satisfaction. The Ontario government is investing \$300 million annually in FHTs; however, evidence of the cost-effectiveness of this model is not yet publically available.

## APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The findings from SMART informed the development of Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics (IMPACT) (see <http://www.impactteam.info/impactHome.php>), which also contributed to an evidence base for increased pharmacist involvement. This program was designed to provide a demonstration of how pharmacists could be integrated into the primary care office setting to ultimately improve patient outcomes through optimal drug therapy. During the implementation period of 2004–2006, pharmacists were working two to three days a week for 31 months in seven family practice sites across Ontario. Altogether, there were seven pharmacists and 70 physicians to cover approximately 150,000 patients. Primary responsibilities for pharmacists in this program included conducting individualized patient medication assessments, providing drug information and education, developing office system enhancements to optimize drug therapy, and facilitating integration activities. While this model also produced positive reporting, efforts were transitioned into the provincial FHT model.

Given the current reach of FHTs and changes related to pharmacist involvement, this primary care model is highly transferable. The establishment of the electronic health record system was noted as a key facilitator to enable communication among different providers. Next steps will include demonstrating cost-effectiveness or return on investment on a provincial level.



## CONTACT INFORMATION:

Name: Lisa Dolovich

Title: Research Director and Professor, Department of Family Medicine

Organization: McMaster University

Email address: [ldolovic@mcmaster.ca](mailto:ldolovic@mcmaster.ca)

Telephone number: (905) 525-9140 ext 28509

Information last updated on: October 15, 2013

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

### **Publications:**

Dolovich, L. (2012). Ontario pharmacists practicing in family health teams and the patient-centered medical home. *Annals of Pharmacotherapy*, 46(Suppl 1), S33–S39. Retrieved from

<http://www.impactteam.info/documents/LDolovich2012.pdf>

Farrell, B., Dolovich, L., Emberley, P., Gagné, M.A., Jennings, B., Jorgenson, D., ... Woloschuk, D. (2012). Designing a novel continuing education program for pharmacists: Lessons learned. *Canadian Pharmacists Journal*, 145(4), e7–e16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567806/>

Farrell, B., Pottie, K., Haydt, S., Kennie, N., Sellors, C., & Dolovich, L. (2008). Integrating into family practice: The experiences of pharmacists in Ontario, Canada. *International Journal of Pharmacy Practice*, 16(5), 309–315. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1211/ijpp.16.5.0006/abstract>

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2013). Family health teams: Guide to interdisciplinary provider compensation. Retrieved from [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/docs/fht\\_inter\\_provider.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/docs/fht_inter_provider.pdf)

### **Personal Communications:**

Dolovich, L. (October 15, 2013).

### **Alternative Profiles:**

CareFirst. (n.d.). *Patient centered medical home (PCMH)*. Retrieved from <https://member.carefirst.com/individuals/patient-centered-medical-home/patient-centered-medical-home-pcmh.page>

**External Source:** [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht\\_progress.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_progress.aspx)





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

# Longitudinal Elderly Person Shadowing Project

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

**SNAPSHOT:** This innovative practice aims to improve the quality of care provided to elderly patients through participatory educational programming. The Longitudinal Elderly Person Shadowing Project was first offered to health care professional students at the University of Saskatchewan in 2007. As of November 2013, a total of 410 students have completed this program and partnered with 127 seniors.

## PRACTICE DESCRIPTION:

The shifting demographic of aging populations and associated prevalence of chronic illness has changed the nature of demand in the health care system. As a strategy to prepare the incoming health workforce to be responsive to these changing needs, the University of Saskatchewan introduced an interprofessional, student-senior mentorship program to increase awareness among pre-licensure, health professional students about the experiences and complexity of issues facing elderly patients managing multiple illnesses. Small teams of three to four students from various health disciplines, including medicine, pharmacy, nutrition, nursing, social work, and physical therapy are partnered with seniors from a nearby housing complex, LutherCare Communities (<http://luthercare.com/>).

The program consists of the following five main components that take place over the three-month course:

1. Students collect general life history of senior partner
2. Students asks seniors about their living situations and perspectives on our changing world
3. Students review knowledge about seniors' medications, nutrition, physical activities
4. Students and program leaders meet for Interprofessional small group discussions
5. Participation in unstructured social event with students, seniors and program leaders

This program is voluntary for most participating health science students but mandatory for physical therapy students. Initial funding for this initiative was awarded through Health Canada's Patient Centred Interprofessional Team Experiences Program. Ongoing funding is now provided by each participating faculty at the University of Saskatchewan Health Sciences College or School.

## IMPACT:

Surveys were administered to students to gauge the level of knowledge and satisfaction associated with having participated in the program. From an evaluation completed in February 2011, 184 students (teamed with fifty-four seniors) completed surveys upon admission to the program as well as one year after to provide pre- and post-comparisons. For students from 2008 and 2010, there was an 88.7% response rate. Overall, between 83% and 96% of students responded that they were very satisfied with the Longitudinal Elderly Shadowing Program. Specific areas of knowledge improvement were noted across general geriatrics, interprofessional teamwork competencies, the roles and responsibilities of other providers, community resources available, and effective communication with seniors. This program was also noted to have had an impact on reducing negative stereotypes among students towards elderly persons in general.

This program was awarded the Provost's Prize for Innovative Practice in 2012 which provided further funding for its continuation.

## APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

This program is theoretically transferrable however no other similar designs are known in Canada. This program remains to be formally integrated into the health sciences curricula. Difficulties were noted around scheduling between faculties but these issues are being addressed as the University strengthens its interprofessional education programming. The strong relationship with the LutherCare Communities and mutual benefits from participating seniors and students are noted as the most supporting



factors contributing to this program's success and continuation.

**CONTACT INFORMATION:**

Name: Jenny Basran

Title: Regional Health Authority Geriatrics Program Director

Organization: University of Saskatchewan, College of Medicine, Division of Geriatric Medicine

Email address: [jenny.basran@saskatoonhealthregion.ca](mailto:jenny.basran@saskatoonhealthregion.ca)

Telephone number: 306 655 8925

Information last updated on: November 5, 2013

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

***Publications:***

Basran, J.F.S., Dal Bello-Haas, V., Walker, D., MacLeod, P., Allen, B., D'Eon, M., et al. (2012) The Longitudinal Elderly Person Shadowing Program: Outcomes From an Interprofessional Senior Partner Mentoring Program. *Gerontology and Geriatrics Education*, 33(3): 302-23. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02701960.2012.679369#.UjyvNj-wU8w>

***Personal Communications:***

Doreen Walker, Interprofessional Education Coordinator at the University of Saskatchewan and Jenny Basran; November 5, 2013 [email].

***Alternative Profiles:***

<http://usaskmedalumni.com/2012/09/24/alumni-pride-leps-or-longitudinal-elderly-person-shadowing/>



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

# Patient Enrolment with a Primary Care Provider

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

**Snapshot:** This innovative practice involving patient enrolment in a primary health care practice formalizes an ongoing relationship between primary care providers and patients; provides the basis for population-based funding, capitation-based provider payment, and primary care performance measurement; and facilitates pro-active preventive care and chronic disease management. The practice has been implemented in Ontario in most primary care settings and involves more than three quarters of Ontario residents and primary care physicians.

## Practice Description:

Patient enrolment is a process in which patients are formally registered with a primary care organization, team, or provider. Patient enrolment facilitates accountability by defining the population for which the primary care organization or provider is responsible, and it facilitates a longitudinal relationship between the patient and provider. Formal patient enrolment with a primary care provider lays the foundation for a pro-active, population-based approach to preventive care, chronic disease management, and systematic practice-level performance measurement and quality improvement. It clearly establishes primary health care providers as health stewards for a defined population rather than providers of services to those who present themselves for care.

Formal patient enrolment is a feature of several primary care physician remuneration and organizational models, including capitation-based blended payment (family health organizations (FHOs) and family health networks(FHNs)), fee-for-service-based blended payment (family health groups, comprehensive care management), and salary-based blended payment (rural and northern physician group agreements, blended salary). In nurse practitioner-led clinics and community health centres, patients register with the organization.

Patient enrolment is voluntary for both patients and physicians. Patients are not required to enrol, even if their regular primary care physician participates in a patient enrolment model. Physicians cannot refuse to enrol a patient because of the patient's health status or level of care based on guidelines of the College of Physician and Surgeons of Ontario. When a patient enrolls with a primary care physician, the patient agrees to seek care first from the enrolling physician's practice, unless the patient is travelling or experiencing a health emergency. Enrollment with a primary care physician has grown from less than 600,000 in 2002 to 10.1 million (74% of the Ontario population) in June 2013.

## Impact:

This innovative practice has been implemented widely in Ontario since 2002 and does not have a completed evaluation at this time. An evaluation is underway of patient enrolment in FHGs and FHOs; it is expected to be completed in 2014. Because patient enrolment is linked to specific provider payment and organizational models, the impact of patient enrolment per se is impossible to assess in the Ontario context. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

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

## Applicability/Transferability

Patient enrolment has been adapted from other international jurisdictions and was implemented in Quebec in 2002.

## Contact Information:

Phil Graham

Manager, Family Health Teams and Related Programs



Primary Care Branch

Negotiations and Accountability Management Division

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Telephone: 416-212-0832

Email: [Phil.Graham@ontario.ca](mailto:Phil.Graham@ontario.ca)

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

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

*Personal Communications:*

Graham, P. (August 20, 2013).

*Publications:*

Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Retrieved from

English: <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx> (English);  
<http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx> (French).

Hutchison, B. & Glazier, R. (2013). Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs*, 32(4), 695–703. Abstract retrieved from <http://content.healthaffairs.org/content/32/4/695.short>

Hutchison, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256–288. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x/abstract>

Ontario Ministry of Finance. (2013). *Ontario population projections update 2012–2036*.

Retrieved from <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/projections/projections2012-2036.pdf>



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

# Patients as Partners—Patient Voices Network

LOCATION:		THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**Snapshot:** This innovative practice improves health care through patient, family, and caregiver engagement in voice, choice, and representation in health reform and quality improvement. The practice was launched province-wide in British Columbia and involves patients, families, and caregivers working in partnership with health system decision-makers. The Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim is a guiding principle of the Patient Voices Network.

## Practice Description:

The Patient Voices Network (PVN) is a Patients as Partners initiative of the Ministry of Health. The PVN is administered by ImpactBC, a non-profit organization funded by the Ministry of Health to support health care improvement. PVN's work is guided by a provincial committee that includes health authority representatives, health care providers, non-governmental agencies, and patient partners. PVN recruits network members, helps build their skills, and supports patients, families, and caregivers to use their experiences to contribute to health system decision-making. PVN offers in-person orientation workshops to prepare PVN volunteers for their role as patient partners with decision-makers. It also matches volunteers with opportunities to work with health care providers and decision-makers, including the Ministry of Health, health authorities, the BC Medical Association, the General Practice Services Committee, physician joint clinical committees, and other non-governmental and community organizations. The network currently has over 1,500 volunteers who have been matched with more than 900 engagement opportunities.

Based on a model developed by the International Association of Public Participation, Patients as Partners defines five categories of patient and public engagement:

- Inform – Patients receive balanced and objective information to help them understand the problem, alternatives, opportunities, and/or solutions.
- Consult – Patient feedback is obtained on analysis, alternatives, and/or decisions.
- Involve – Physicians working directly with patients throughout a process to ensure that patients' concerns and feedback are consistently understood and considered.
- Collaborate – Patients participate as equal partners in each aspect of the decision, including the development of alternatives and the identification of a solution.
- Empower – Final decision-making is in the hands of the public.

The Network helps match volunteers to opportunities based on their desired level of engagement and their specific needs.

## Impact:

This innovative practice has been implemented since 2009. Quality improvement initiatives, plan-do-study-act (PDSA) cycles, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health, lower costs, and better patient and provider experience.

## Applicability/Transferability

The practice informant did not indicate other practices that Patients as Partners adapted from. However, New Brunswick is in the process of implementing a similar program, although not in collaboration with Patients as Partners.

The success of this specific program is dependent on establishing supportive, trusting, and collaborative partnerships with a variety of stakeholders (Patients as Partners Initiative); building the capacity of patients to participate; implementing guidelines and criteria for volunteers; and measuring performance continuously.



**Contact Information:**

Caryl Harper

Ministry of Health

Patients as Partners: Patient Voices Network

3-2, 1515 Blanshard St.

Victoria, BC V8W 3C8

Telephone: 604-742-1772

Email: [connect@patientvoices.ca](mailto:connect@patientvoices.ca)

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

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

Government of British Columbia. (n.d.). *Patient voices network*. Retrieved from [http://www2.gov.bc.ca/govtogetherbc/consultations/patients\\_as\\_partners.page](http://www2.gov.bc.ca/govtogetherbc/consultations/patients_as_partners.page)

Impact BC. (n.d.). *The patient voice*. Retrieved from <http://www.impactbc.ca/what-we-do/the-patient-voice>



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

# Community Health Centres in Ontario

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

**Snapshot:** This innovative practice improves access to primary health care, particularly for populations that have traditionally faced access barriers. Ontario has 73 Community Health Centres (CHCs), which involve community governing boards and a broad array of primary health care providers.

## Practice Description:

Ontario's Community Health Centres (CHCs) are interprofessional primary health care organizations that combine clinical, health promotion, and community development services and focus on the social determinants of health. Services are tailored to the needs of the diverse populations CHCs serve, including people with low incomes, disabilities, mental health issues, and addiction issues; Francophones; Aboriginal Ontarians; and immigrants. Between 2008/09 and 2009/10, more than a third of CHC clients were in the lowest income quintile (Glazier, Zagorski, & Rayner 2012). The Standardized ACG Morbidity Index for the population served by CHCs was 1.84, indicating an illness burden 84% higher than the provincial population average.

CHCs are non-profit organizations governed by community-elected boards comprised of clients, community members, health providers, and community leaders. CHCs are globally funded by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. These organizations are the only primary care model that is mandated to provide services to individuals without health cards (i.e., uninsured patients).

The first CHCs were established in Ontario in 1979. The province's CHC program experienced rapid growth during the late 1980s. New funding for CHCs was halted in 1995/96 but resumed in 2002 following a strategic review of the CHC program in 2001. The program has undergone major expansion since 2005, growing from 54 to 73 centres. Many centres have satellite operations to extend their geographic reach. Between 2007 and 2011, funding and accountability for all CHCs was devolved to the local health integration networks (LHINs). The 73 CHC corporations have a Multi-Sector Accountability Agreement (MSAAs) with its LHIN which outlines the approved funding allocation to each CHC to cover primary care, administrative staffing, and general operating costs. The salary of CHC physicians is negotiated through the Physician Services Agreement between the ministry and the Ontario Medical Association (OMA).

CHCs serve 500,000 Ontarians (3.7% of the population) in more than 110 communities, providing primary care services to 250,000 of these clients. In 2012 CHCs employed 394 primary care physicians, 322 nurse practitioners, and large numbers of other clinical, health promotion, community development, administrative, and management personnel.

## Impact:

In a study of four Ontario primary care organizational and physician payment models in 2005/06, CHCs performed better than fee-for-service practices and two capitation-based models in chronic disease management, health promotion, and community orientation (Russell et al., 2009; Hogg et al., 2009; Muldoon et al., 2010). However, CHCs were the least efficient model (Milliken et al., 2011). A full assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

## Applicability/Transferability

CHCs have been implemented in many jurisdictions internationally and in Canada. In most cases they serve a small proportion of the population and target socially disadvantaged populations.

The success of this specific program is dependent on:

- significant investment of resources;
- consistent oversight of CHCs;



- similar compensation being provided to all physicians;
- basing evaluations on comprehensive data; and
- targeting programs and services to the needs of the community.

**Contact Information:**

Nadia Surani

Program Manager, Specialized Models Programs

Primary Health Care Branch

Negotiations and Accountability Management Division

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

1075 Bay Street, 9th Floor

Toronto ON M5S 2B1

Email: [Nadia.Surani@ontario.ca](mailto:Nadia.Surani@ontario.ca)

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

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

*Personal communications:*

Rayner, J. ( August 15, 2012).

*Publications:*

Glazier, R.H., Zagorski, B.M., & Rayner, J. (2012). *Comparison of primary care models in Ontario by demographics, case mix and emergency department use, 2008/09 to 2009/10*. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences. Retrieved from [http://www.ices.on.ca/file/ICES\\_Primary%20Care%20Models%20English.pdf](http://www.ices.on.ca/file/ICES_Primary%20Care%20Models%20English.pdf)

Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L., ... Johnston, S. (2009). Health promotion activity in primary care: Performance of models and associated factors. *Open Medicine*, 3(3), e165–e173. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090121/>

Milliken, O., Devlin, R.A., Barham, V., Hogg, W., Dahrouge, S., & Russell, G. (2011). Comparative efficiency assessment of primary care service delivery models using data envelopment analysis. *Canadian Public Policy*, 37(1), 85–109. Retrieved from <http://utpjournals.metapress.com/content/a888218vt7122416/>

Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russell, G., & Shortt, M. (2010). Community orientation in primary care practices: Results from the comparison of models of primary health care in Ontario study. *Canadian Family Physician*, 56(7), 676–683. Abstract retrieved from <http://171.66.125.180/content/56/7/676.abstract>

Ontario's Community Health Centres, <http://www.ontariochc.org>





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

# Alberta Access Improvement Measures (AIM)

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

**Snapshot:** This innovative practice helps family physicians, specialty care physicians, and Alberta Health Services programs and their teams reduce or eliminate wait times, improve office efficiency, and improve patient care by using quality improvement methods. The initiative has involved 19 learning collaborative supporting improvement teams across Alberta, including 614 family physicians from 133 primary care clinics.

## Practice Description:

Alberta AIM's mission is "to support health care teams to create a culture of improvement through the use of evidence informed principles, resulting in access to care that is both timely and effective." The program, funded by Alberta Health and Alberta Health Services, is governed by a multi-stakeholder partnership that includes Alberta Health, the Alberta Medical Association, Toward Optimized Practice, the Primary Care Network Project Management Office, and family physicians. Each practice-based improvement team, which includes physicians, other health professionals, and office staff, completes a program that extends over 10 to 12 months. During that period, the teams attend five two-day face-to-face learning sessions, and are supported by AIM faculty, a facilitator, measurement resources, and tools for data collection and use. Teams are expected to hold weekly meetings and submit monthly reports to monitor progress and share successes.

Evolution of the program includes implementation of increased use of virtual program delivery and efforts to ensure that physicians, providers, and programs can maintain the gains made while in the formal training portions of the program.

## Impact:

According to outcomes data collected by Alberta Health Services, the impact of the program includes:

- Many primary care teams have been able to reduce delays for next-available appointments (TNAs) to less than five days, with some reaching same-day access.
- Many specialty care teams were able to reduce delays for TNAs to less than 30 days, with some reaching near same-day access.
- Improvement team members have shown an increase in satisfaction with clinic access across all collaboratives.
- Primary care teams were able to reduce their cycle time (time from a patient's arrival to departure) by as much as 30% for short appointments and 36% for long appointments.
- Primary care teams were able to reduce no-shows by as much as 33%.
- Specialty care teams were able to reduce no-shows by as much as 31%.

The results of improved TNAs are supported by staff perceptions of improved access.

Improvement team members were asked to rate their satisfaction with clinic access before and after one year of the AIM program. Primary care teams and specialty care teams in multiple collaboratives demonstrated significant improvements in staff satisfaction regarding clinic access.

Initial population-level assessment of the impact of the program has been attempted. Indications are that AIM participation in primary care clinics affects other areas of the system, including reduced emergency department visits (Alberta AIM, 2013). Narrative accounts provided by participating clinics and physicians are available at [www.albertaaim.ca](http://www.albertaaim.ca).

Although an assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time, micro-level evaluations with individual physicians and practitioners are suggestive of cost-neutrality and perhaps cost reductions associated with access and clinical improvements.



### Applicability/Transferability:

Alberta AIM has been adapted from the work of Mark Murray & Associates and the Institute for Healthcare Improvement's *Breakthrough Series*. Similar quality improvement initiatives targeting primary care have been mounted in many jurisdictions throughout Canada, including British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, and Nova Scotia.

The success of this specific program is dependent on:

- leadership engagement (physician, clinic, program, funders, partners, and stakeholders);
- development of local and provincial capacity (including but not limited to Alberta-based faculty, local practice facilitators, measurement support, and access to other knowledge-based resources); and
- dedicated focus on alumni support to sustain improvement gains and continuing progress while managing incoming new improvement teams.

### Contact Information:

Steven Clelland

Director, Alberta AIM

Email: [steven.clelland@albertahealthservices.ca](mailto:steven.clelland@albertahealthservices.ca)

Telephone: 780-342-8823

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

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

#### *Publications*

Alberta AIM. (2013). *Evaluation of the Alberta AIM initiative: AIM 10-15, HWAP funding period*.

Wedel, R., Clelland, S., Austin, J., Halma, L., Shemanchuk, J., & Lovely, J.J. (2011). Taking AIM at Primary Care in Alberta. *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, 3(1), 40–45.

Alberta AIM. (2012). *Partnering for improvement*. Unpublished.

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



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

# Engaging Medical Assistants—A Patient- Centred Medical Home Chronic Care Model at the DFD Russell Medical Center

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

**SNAPSHOT:** This innovative practice improves quality of care in the context of increased prevalence of chronic illnesses. There are currently three federally qualified community health centres operating under the interprofessional DFD Russell Medical Center in Maine, USA. This chronic care model capitalizes on health human resources by employing medical assistants as part of the health care team and participates in broader state-wide and national initiatives to promote the integration of patient-centred medical homes.

## PRACTICE DESCRIPTION:

DFD Russell Medical Center was originally established in Leeds, Maine, in 1975. It established new locations in Turner and Monmouth, Maine, in 2001. Since its inception, the Russell Medical Center has operated under an “alternative care model.” Its current mandate involves patient self-management, evidence-based decision-making, regular systems monitoring, and creating linkages with other community resources. A distinctive feature of this centre is its integration and promotion of medical assistants to improve accessibility and quality of services for patients. Since 1999, the medical assistants have been responsible for scheduling appointments, conducting follow-up calls with lab results, expediting prescription refills, and answering patient questions through the Telebank call centre. No previous formal health education is required for the medical assistant positions; new assistants undergo a six-to-eight-week training period, they are closely supervised, and their performance is evaluated annually.

In more recent years, the medical centre has changed its practice to move away from traditional 15-minute office visits with physicians and adapt to the changing nature of demand. The health care team, comprised of a medical assistant working with another health care provider (physician, nurse practitioner, or physician assistant), see 22 patients per day on average. Overall health care team management and workflow is coordinated by the health care team leader, responsibilities and communications are clarified during daily team meetings, and protocols for delegation of tasks to non-provider staff are standardized.

The interprofessional composition is financially enabled through a private-public partnership model. Stakeholder support exists under Health Resources and Services Administration’s (HRSA) Health Disparities Collaboratives, Centre for Health Professions, and external evaluative research is conducted by the Hitachi Foundation.

## IMPACT:

Based on external accreditation reported in December 2010, DFD Russell Medical Center continues to meet all National Care Quality Assessment goals for diabetes, heart and stroke measures for patients with cardiovascular disease. Increases in productivity were noted with the upgrade to the teleservices infrastructure in 2009. Overall, patients reported increased satisfaction with the additional time medical assistants were able to provide them (compared to traditional physician-exclusive visits).

## APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The DFD Russell Medical Center has become a part of a state-wide collaborative model titled The Maine Patient-Centered Medical Home Pilot project (2009–2014). This pilot project is in alignment with national movements for primary care improvement through the development of patient-centred medical homes (2007), which link pilot projects across New Hampshire, Vermont, and Rhode Island. *Patient-centered medical home* refers broadly to a model of care—rather than a building or place—in which health care professionals work together to manage patient needs better. Similarly structured community care teams (although not necessarily using the medical assistant engagement model) include Androscoggin Home Health, Coastal



Care Team, Eastern Maine HomeCare, Kennebec Valley, Maine Medical Centre, Community Health Partners, and Penobscot Community Health Care.

Factors associated with the success of the medical assistant engagement/patient-centred medical home model at DFD Russell have been attributed to the ability to track health outcomes, strong leadership, and regular accreditation processes. Challenges experienced include general physician resistance to working so closely with a medical assistant, and competitive remuneration models that have pulled professionals to more urban settings.

**CONTACT INFORMATION:**

Name: Catherine Dower

Title: Associate Director

Organization: Center for the Health Professions

Email address: [cdower@thecenter.ucsf.edu](mailto:cdower@thecenter.ucsf.edu)

Telephone number: 1 (415) 476-1894

Information last updated on: September 20, 2013

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

***Publications:***

Blash, L., Chapman, S., Dower, C. (2011). *DFD Russell medical centers—Engaging medical assistants in quality improvement efforts*. Retrieved from

[http://www.futurehealth.ucsf.edu/Content/11660/2011\\_06\\_DFD\\_Russell\\_Medical\\_Centers--Engaging\\_Medical\\_Assistants\\_in\\_Quality\\_Improvement\\_Efforts.pdf](http://www.futurehealth.ucsf.edu/Content/11660/2011_06_DFD_Russell_Medical_Centers--Engaging_Medical_Assistants_in_Quality_Improvement_Efforts.pdf)

Maine Patient Centered Medical Home Pilot Halfway Report. (2012). Retrieved from

[http://illinoisap.org/wp-content/uploads/ME-PCMH-Pilot\\_Halfway-Report-WEB-version\\_March-2012.pdf](http://illinoisap.org/wp-content/uploads/ME-PCMH-Pilot_Halfway-Report-WEB-version_March-2012.pdf)

**External Source:** <http://www.dfdrussell.org/>



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

# The Caring Together Project

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

**SNAPSHOT:** This innovative practice facilitates interprofessional practice for palliative care givers. The Caring Together Project was initiated in 2007 as an online learning resource and piloted in two not-for-profit long term care homes in Ontario involving a total of 55 staff members. Since the project continued from its pilot phase, the e-learning resource has been integrated into interprofessional course work for health science students at the University of Ottawa (2013).

## PRACTICE DESCRIPTION:

Elderly individuals receiving care at the end of their lives require care from a variety of caregivers. Recognizing gaps in interprofessional education particularly for the delivery of palliative care services, the Caring Together Project was designed to increase patient-centred care skills within a collaborative care model. Using case-based learning activities to allow participants to apply clinical theory in the practice setting, the project targets frontline caregivers including physicians, pharmacists, and nurses. The electronic format enables the interactive modality of drawing upon the knowledge and experience of health care professionals, educators, academics, and industry while integrating the patient perspective. This project was originally funded in part by an Inukshuk Wireless Grant. After the initial pilot phase, the core components of the Caring Together Project have been integrated into health sciences interprofessional programming at the University of Ottawa, most recently as an elective for third year Health Sciences students (2013).

## IMPACT:

The latest data available regarding the impact of the Caring Together Project are derived from the evaluation conducted alongside the pilot implementation (2008-2009). The assessment examined the effectiveness of using the online learning resource to increase palliative care and interprofessional care skills as well as the stimulation of respective knowledge translation in the workplace. An experimental group (128 residents and 189 staff) was compared to a controlled replication group (100 residents and 88 staff) drawn from two long-term care homes in Ontario. From these two settings, a total of 55 caregivers from 19 disciplines volunteered to participate in the project, of which 94% completed the learning resource and evaluation.

Overall, the online learning resource met the learners' needs for accessing relevant education materials that could be applied to their practice settings to effectively care for residents at the end of life. Participants reported that these resources enabled them to learn with, from, and about one another in an engaging and convenient way. Perceptions of knowledge transfer and effectiveness of the resources were positive, however, associated evidence was weak. There was no distinctive change in attitudes toward interprofessional care, however, this was attributed to relatively high baseline attitudes.

*While the Caring Together resources are still being used intermittently for interprofessional health sciences education at the University of Ottawa, current data are not publically available as the projects are intended for registered staff and students.*

## APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The development of the Caring Together Project has been informed by previous work conducted by related innovators with similar intentions to improve quality of collaborative care through e-learning initiatives. A variation of Caring Together that focused on dementia care was initiated as a pilot project from 2003 to 2004. Later, 'the Working Together Project' was piloted in the spring of 2006 through collaboration of experts from: the Elisabeth Bruyere Research Institute; Bruyere Continuing Care; and the University of Ottawa's Faculty of Education, Centre for e-Learning, Department of Family Medicine, and the Primary Health Care Nurse Practitioner Program in the School of Nursing ( funded by the Ministry of Health and Long Term Care). 'E-Physician Health' was then launched in October 2009, branded as 'the world's first comprehensive online physician health and wellness resource' (<http://ephysicianhealth.com/>). It has been used by over 27,000 individuals from over 130 countries. The most recent related initiative is the 'Caring for Persons with Spinal Cord Injury' project (<http://eprimarycare.onf.org/>), which went live in March 2013 and has yet to be evaluated.



Together, these initiatives are indicative of an educational shift towards more flexible and accessible resources for continuing education for health care professionals. Significant barriers have been experienced as a result of the general 'pilot nature' of the projects and difficulty ensuring continuity of funding, communication, and technical support.

**CONTACT INFORMATION:**

Name: Emma Stodel

Title: Consultant

Organization: Learning 4 Excellence

Email address: [estodel@learning4excellence.com](mailto:estodel@learning4excellence.com)

Telephone number: 613-822-7060

Information last updated on: November 14, 2013

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

**Publications:**

MacDonald, C., Stodel, E., Hall, P., Weaver, L. (2009) The Impact of an Online Learning Resource Designed to Enhance Interprofessional Collaborative Practice in Palliative Care: Findings from the Caring Together Pilot Project. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(1): 42-66. <http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/6/17>

Macdonald, C. J., Archibald, D., Stodel, E. J., Chambers, L.W., Hall, P. (2008) Knowledge translation of interprofessional collaborative patient-centred practice: The Working Together Project experience. *McGill Journal of Education*, 43(3): 26.

Halabisky, B.L., Humbert, J., **Stodel, E.J.**, MacDonald, C.J., Chambers, L.W., Doucette, S., Dalziel, W.B., & Conklin, J. (2010). Elearning, knowledge brokering, and nursing: Strengthening collaborative practice in long-term care. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(5), 264-273.

MacDonald, C.J., Archibald, D., Kellam, H., Sun, R., **Stodel, E.J.**, & Puddester, D. (2011) Evaluation of online health and wellness resources for healthcare professionals. *International Journal of Advanced Corporate Learning*, 2(4), 18-23.

**Personal Communications:**

Emma Stodel; November 13, 2013 [telephone]



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

# Bridging Relationships Across Interprofessional Domains (BRAID)

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

**SNAPSHOT:** This innovative practice addresses the issue of siloed health professional education, training, and practice. In the pilot phase from 2006–2008, BRAID was launched in collaboration with four partners: University of New Brunswick Saint John, Dalhousie University Faculty of Medicine, New Brunswick Community College Saint John, and Atlantic Health Sciences Corporation. The four partners are now co-located on the Tucker Park Campus and host approximately 690 health sciences students.

## PRACTICE DESCRIPTION:

The BRAID project was designed to develop a model of health care education that would equip students and health professionals to work collaboratively in interprofessional teams towards patient-centred care. To initiate the project, funding was provided by Health Canada as part of the Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Care Initiative. In September 2006, steering committees and project teams were established; they outlined the following focal points for the initiative:

- 1) to facilitate and increase the capacity for health educators to deliver the interprofessional education for collaborative patient-centred practice model;
- 2) to increase the competencies of learners and health professionals across disciplines to effectively participate in collaborative health care teams;
- 3) to increase opportunities for learners and health professionals across disciplines to apply interprofessional education competencies to interprofessional teamwork; and
- 4) to identify and share better practices for the delivery of interprofessional education initiatives.

Subsequent stages in the development of this project involved integrating a competency framework; formulating areas of inquiry; delivering interprofessional education and practice awareness workshops; delivering competency-building workshops; implementing working group activities; developing sustainability plans; developing data collection, coding, and analysis activities; and preparing the final project report (2008).

By the completion of the pilot phase, 31 interprofessional education and interprofessional practice workshops and 19 competency-building workshops had been carried out. With the transition from the pilot phase to mainstream functioning, BRAID was foundational to the evolving interprofessional collaboration among the four partner organizations that is overseen by the Tucker Park Collaborative. This collaborative involves a steering committee, a program/operational sub-committee, a research sub-committee, and a designated communications group, as well as cross representation on committees. These committees contribute to the project's sustainability from one academic year to another.

While several interprofessional education programs have been developed across Canada, the BRAID program is unique in two respects: it started without any history of similar efforts in the community prior to its implementation, and its four-partner structure includes a community college.

## IMPACT:

Data were collected throughout the course of the pilot project to document the baseline readiness for interprofessional integration; conceptualization and implementation of the initiative; potential outcomes related to the interprofessional education and practice capacity; and competencies of stakeholders including educators, students, and post-licensure practitioners. Overall, 90% of students who participated in the interprofessional workshops reported enhanced understandings of the





importance of and modes for quality improvement through interprofessional practice. Students who participated in the interprofessional health communications course reported acquiring more effective communication, team decision-making, and conflict management competencies, and educators reported experiencing greater inter-institutional collaboration and increased recognition of the need to work together.

#### APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

Several spin-off projects have been developed out of BRAID and the Tucker Park Collaborative, including the establishment of (1) collaborative committees such as the Health Educator's Learning Partnership Group and the Health and Life Sciences Steering Committee; (2) regular student-focused events such as the Health Mentor's Program (ongoing for the last three years and to be assessed soon) and Interprofessional Health Research Day (ongoing for the last five years); (3) a new program to bridge licensed practical nurses into the baccalaureate-accredited program, which received additional funds from the provincial government and will start accepting students in January 2014; and (4) interprofessional integration through clinical placements, co-teaching of a communications course, development of a Master of Adult Education for Health Educators, and extended research collaborations. The interprofessional education strategies have been presented at regional, national, and international conferences, including several Collaborating Across Borders Conferences. The Tucker Parker Steering Committee serves as the overall monitoring body.

Key areas identified as contributing to the success of BRAID include the establishment of the non-hierarchical structure among interdisciplinary faculty and program organizers, the standardization and consistent application of the BRAID Interprofessional Competencies Framework across all BRAID education initiatives, and the engagement of students in the program design via the New Brunswick Health Sciences Student Association (e.g., students participated in the creation of two IP educational videos). Given that this project was primarily federally funded, transferability of this project is dependent on local capacities and political will.

#### CONTACT INFORMATION:

Name: Roberta Clark

Title: Assistant Dean for Health Research & Partnerships

Organization: University of New Brunswick, Saint John

Email address: [Roberta.Clark@unb.ca](mailto:Roberta.Clark@unb.ca)

Telephone number: (506) 648-5821

Information last updated on: Sep 13, 2013

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

#### Publications:

Bridging Relationships Across Interprofessional Domains (BRAID). (2008). *Final BRAID project report*. Saint John, NB: BRAID. Retrieved from

[http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&lin...=6536&cf\\_id=68&lang=en](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&lin...=6536&cf_id=68&lang=en)

#### Personal Communications:

Clark, R. (October 21, 2013).

#### Alternative Profiles:

BRAID. (n.d.). *A logic model in action: Interprofessional education for collaborative patient-centred chronic disease care*. Retrieved from [http://www.cihc.ca/files/projects/atlantic/BRAID\\_LogicModel\\_07.jpg](http://www.cihc.ca/files/projects/atlantic/BRAID_LogicModel_07.jpg)

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2007). *BRAID: Bridging relationships across professional domains*. Retrieved from [http://www.cihc.ca/files/projects/atlantic/CIHC\\_IPE-BRAID.pdf](http://www.cihc.ca/files/projects/atlantic/CIHC_IPE-BRAID.pdf)

**External Source:** <http://www.unb.ca/saintjohn/vp/tuckerpark/>





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

# Infirmière pivot en oncologie

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

## APERÇU :

Cette pratique novatrice aide les patients atteints de cancer à cheminer dans le système de santé en améliorant l'accessibilité des ressources, la coordination des soins, la continuité des soins ainsi que les communications avec les fournisseurs. Le premier poste d'infirmière pivot en oncologie a été créé en 2005 au Centre hospitalier de l'Université Laval, à Québec. Le poste a été conçu pour permettre aux patients atteints d'un cancer du cou et de la gorge d'avoir un lien direct avec le système de soins de santé. On dénombre actuellement plus de 250 infirmières pivot en oncologie au sein des équipes de soins en milieu hospitalier dans la province du Québec.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Devant le fardeau de plus en plus lourd du cancer pour les populations et les systèmes de soins de santé au Canada, de nouvelles stratégies s'avèrent nécessaires afin d'améliorer l'expérience des patients qui ont des besoins complexes continus ainsi que l'efficacité des soins qu'ils reçoivent. Théoriquement, le pivot offre un service polyvalent afin de faire en sorte que les patients, en particulier ceux qui sont soignés par plusieurs fournisseurs dans des milieux variés, aient un point d'accès direct au système de soins de santé, qu'ils se sentent épaulés et qu'ils soient informés de toutes les options qui s'offrent à eux.

Pour amorcer la création du rôle et l'arrivée du poste d'infirmière pivot en oncologie au Centre hospitalier de l'Université Laval, un comité de représentants des secteurs clinique et administratif et du domaine de la recherche à l'hôpital universitaire a présenté une proposition dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer. Le projet a finalement été financé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux et le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec. Le poste d'infirmière pivot en oncologie est comblé par une infirmière qui a reçu une formation universitaire, qui possède de l'expérience en oncologie et qui peut détenir un certificat en oncologie. Le rôle actuel que l'infirmière pivot en oncologie est appelée à jouer est déterminé par les interactions et les besoins dans le milieu local, en conservant toujours une approche orientée sur le patient. Par exemple, ses tâches peuvent consister à assister les patients pour prendre leurs rendez-vous et à communiquer avec les médecins afin d'élaborer des stratégies d'adaptation pour aider les patients à gérer leur maladie, surtout en ce qui concerne les changements liés à l'apparence ou à la perte de la parole, à amener les patients à maintenir un mode de vie relativement normal, à offrir un soutien social afin d'apaiser l'anxiété générale engendrée par les circonstances des patients et à servir de ressource pour les autres fournisseurs de soins de santé.

## RÉPERCUSSIONS :

Des entrevues ont été réalisées auprès des patients, des familles, des aidants et des autres fournisseurs de soins de santé qui collaboraient avec le Centre hospitalier universitaire avant, pendant et environ un an après la première phase de mise en place. Les questions s'articulaient autour des perceptions à l'égard des activités et des fonctions de l'infirmière pivot en oncologie et des changements liés à l'attitude, au comportement et à l'adaptation des patients.

Les patients et leur famille étaient extrêmement satisfaits de la création du poste d'infirmière pivot en oncologie. Ils ont déterminé que le soutien social organisé par cette infirmière constituait l'aspect le plus important de son rôle et ils estimaient, dans l'ensemble, qu'elle avait amélioré globalement la prestation des services interprofessionnels ainsi que la continuité des soins, ce qui était avantageux pour tous les intervenants.

Une recherche se déroule à l'Université Laval afin d'éclairer de façon continue l'évolution du rôle de l'infirmière pivot en oncologie. On cherche de plus en plus à améliorer les compétences liées aux soins psychosociaux et à concevoir des mesures afin d'étendre la normalisation du nouveau rôle.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les intervenants-pivots sont de plus en plus présents dans les systèmes de santé du Canada. Le poste d'infirmière pivot en



oncologie au Centre hospitalier universitaire est différent dans le sens où il s'adresse à une population particulière dans l'ensemble de la structure des soins de santé. Comme il n'y a pas de centres de soins contre le cancer au Québec, une planification spéciale s'avère nécessaire pour intégrer le poste d'infirmière pivot en oncologie dans les milieux interprofessionnels. Chaque hôpital participant, parmi les 28 établissements répartis dans sept régions, a établi son budget de manière à inclure au moins une infirmière pivot en oncologie au sein de chaque équipe de soins de santé en oncologie.

Depuis la première mise en place d'une infirmière pivot en oncologie au Centre hospitalier universitaire en 2005, il y a maintenant plus de 252 infirmières qui tiennent ce rôle et la pratique a été adoptée dans le cadre de l'initiative provinciale pour des soins et des services de soutien contre le cancer pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. La nécessité de mobiliser les intervenants, la création d'une vision commune et le maintien des patients au centre de soins font partie des recommandations formulées dans le but de mettre sur pied des modèles similaires en dehors du Québec.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lise Fillion

Titre : Infirmière autorisée

Organisme : Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Courriel : [lise.fillion@fsi.ulaval.ca](mailto:lise.fillion@fsi.ulaval.ca)

Téléphone : 418-525-4444, poste 15754

Dernière mise à jour : Le 20 août 2013

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

##### Publications :

Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., ... Demers, G. (2006). « Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre », *Canadian Oncology Nursing Journal*, vol. 16, n° 1, p. 11–7, 5–10. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17078346>

Santé et Services Sociaux du Québec–Comité consultatif des infirmières en oncologie. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie ; Direction de la lutte contre le cancer*. Extrait de : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2034490>

Santé et Services Sociaux du Québec. (2009). *Le Rapport d'activité 2008–2009 de la Direction de la lutte contre le cancer*. Extrait de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-902-02.pdf>

Direction québécoise du cancer. (2012). *Le Bilan des réalisations : Orientations prioritaires 2007–2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Extrait de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-902-16.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction québécoise du cancer. (2013). *Plan d'action en cancérologies 2013–2015: Ensemble en réseau pour vaincre le cancer*. Extrait de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-03W.pdf>

##### Communications personnelles :

Lise Fillion, L. (20 août 2013). [Université Laval].

**External Source:** [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/index.php?accueil](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?accueil)



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

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

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

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

#### Service d'accompagnement pour les aînés

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

#### Programme de formation en technologie

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



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

#### RÉPERCUSSIONS :

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

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

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

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

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

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

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



collectivité.

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

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Albert Henriques

Titre : Directeur exécutif

Organisme : South Georgian Bay Community Health Centre

Courriel : [ahenriques@southgeorgianbaychc.ca](mailto:ahenriques@southgeorgianbaychc.ca)

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

Dernière mise à jour : 24 juillet 2013

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

***Communications personnelles :***

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

***Autres :***

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

**External Source:** <http://www.homeforlifegb.com/>



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

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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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





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

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

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

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

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

Nom : Katie Lundon, B.Sc. (physio.), M.Sc., Ph.D. ou D<sup>re</sup> Rachel Shupak, M.D., FRCP(C)

Titre : Directrice générale du programme

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

Courriel : [k.lundon@cogeco.ca](mailto:k.lundon@cogeco.ca)

Dernière mise à jour : Le 1<sup>er</sup> août 2013

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

##### **Publication :**

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

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

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

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

Lundon, K. (courriels, 1<sup>er</sup> août 2013).

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



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

# Inclusion des patients et de leur famille au sein des conseils d'action d'unités des hôpitaux afin de promouvoir des soins interprofessionnels intégrés et centrés sur le patient

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

**APERÇU :** Cette pratique innovatrice illustre un modèle de pratique en collaboration pour la prestation de soins interprofessionnels centrés sur le patient en suscitant la participation des patients et de leur famille en tant que membres des conseils d'action d'unités (CAU). Ce projet fut inauguré en 2011 en Ontario au sein d'une alliance de quatre hôpitaux communautaires en milieu rural.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Il y a une reconnaissance accrue de la nécessité pour les professionnels de la santé dans l'ensemble des secteurs de travailler au sein d'équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité, la sécurité, la continuité et la rentabilité de la prestation des soins de santé. Pour assurer la réussite, les patients et leur famille doivent participer de façon constructive à des équipes interprofessionnelles en tant que partenaires à part entière en ce qui concerne la conception, la prestation et l'évaluation des services de soins de santé.

La Huron Perth Healthcare Alliance (HPHA) regroupant quatre hôpitaux communautaires en milieu rural a commencé la mise en œuvre d'un modèle de pratique interprofessionnelle en 2010. La création de conseils d'action d'unités (CAU) dans les unités de soins aux patients constitue l'une des principales initiatives visant à promouvoir des soins interprofessionnels (SI) et à améliorer les soins centrés sur le patient et la famille (SCPF). Toutefois, par tradition, ces conseils comprenaient seulement des professionnels de la santé. En partenariat avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), la University of Western Ontario et le Fanshawe College, la HPHA a inauguré un projet d'engagement des patients qui permettrait l'inclusion des patients et des membres de leur famille au sein des CAU, afin de créer un modèle unique de pratique en collaboration pour la prestation de soins interprofessionnels centrés sur le patient.

Le projet, d'une durée de deux ans, fut inauguré en 2011 et a débuté à l'aide d'une collection de témoignages rédigés par des patients et des membres de leur famille qui ont été validés lors de discussions libres dans des forums communautaires. Ces témoignages faisaient part d'expériences positives et négatives et ont établi les valeurs de base des receveurs de soins. Ces données ont ensuite été utilisées par les CAU afin d'orienter les travaux dans le cadre du projet qui permettraient d'améliorer les SI, les SCPF ainsi que la qualité des soins offerts.

Le projet pilote se compose de 15 CAU, dont huit comprennent un patient et un membre de la famille au sein du conseil (intervention). Les sept autres CAU comprennent seulement des professionnels de la santé (contrôle). L'ensemble des responsables et des fournisseurs de soins de santé à chaque hôpital ont assisté à un atelier de formation sur les SI et les SCPF avant la composition des CAU. Les patients et les membres de la famille qui ont été recrutés ont également participé à un atelier de formation avant la première réunion de leur CAU.

L'ensemble des 15 CAU ont maintenant élaboré des modèles de soins centrés sur le patient afin de réviser les modèles de prestation de soins selon les valeurs déterminées à l'aide des témoignages et forums. En tant que membres de conseil, les patients et les membres de leur famille participent à l'établissement de nouveaux processus et nouvelles structures afin de refléter le modèle de SCPF, à la collecte de données afin de surveiller les extrants et à l'évaluation des répercussions de l'intervention sur les résultats. À la suite de l'étude d'une durée de deux ans, les CAU demeureront dans le cadre de la structure organisationnelle des hôpitaux.

## RÉPERCUSSIONS :





Les données qualitatives à l'appui des projets ont été obtenues à partir des témoignages de patients, des forums communautaires et des groupes de discussion qui ont eu lieu avec les unités de contrôle et d'intervention. Des thèmes communs ont été dégagés, notamment le moment opportun, la communication, l'attention, le respect et la continuité des soins.

Un plan d'évaluation est en place. On évaluera l'efficacité et l'incidence des CAU à l'aide de diverses mesures. On évaluera les membres des CAU à l'aide d'outils validés qui mesurent la collaboration, la qualité de vie et l'habilitation. On mènera des sondages auprès des patients et de leur famille à l'aide d'outils validés qui mesurent la qualité et la sécurité des soins et l'auto-gestion en matière de santé. De plus, on recueillera des données cliniques liées à la qualité des soins et aux résultats en matière de sécurité. On effectuera des évaluations sommatives et formatives à cinq étapes au cours de l'étude. Dans ces évaluations, on mettra en comparaison les résultats en matière de contrôle et d'intervention afin de déterminer l'incidence de l'inclusion des patients et de leur famille en tant que membres des CAU. Un rapport final est prévu en novembre 2013.

Le projet a été financé en partie dans le cadre de l'initiative d'engagement des patients de la FCASS en 2011. Chacun des sept projets a obtenu un soutien, un mentorat et un investissement de l'ordre de 700 000 dollars qui était doublé d'un financement de co-commandite. Après novembre 2013, les coûts seront assumés à l'aide des budgets de fonctionnement dans chaque hôpital.

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

Le projet d'engagement des patients des CAU n'a pas été adapté d'une autre compétence ou mis en œuvre ailleurs; il s'agit du premier projet visant à susciter l'engagement des patients et de leur famille au sein des CAU. Toutefois, cette initiative est, en théorie, transférable à d'autres établissements. On utilise déjà ce modèle d'engagement des patients afin d'améliorer la participation des patients et de leur famille au sein d'autres comités de soins aux patients dans l'ensemble des organismes faisant partie de la HPHA. Les résultats de ce projet pilote sont, en théorie, applicables à d'autres organismes de soins de santé.

Leçons retenues aux fins de possibilité d'application et de transférabilité :

- Les séances de sensibilisation pour le personnel, les cadres dirigeants et les patients et les membres de leur famille étaient essentielles afin de favoriser et soutenir le changement de culture en faveur d'un nouveau modèle de soins.
- Les patients et les membres de leur famille offrent davantage que leurs simples points de vue sur les soins; ils mettent à profit diverses compétences qui complètent celles du personnel. Toutefois, le recrutement peut être plus long que prévu.
- Le mentorat est utile pour le personnel qui accomplit le rôle de facilitateur pour les CAU.
- L'harmonisation selon les stratégies et priorités organisationnelles, ainsi que le soutien de l'équipe de cadres supérieurs, des directeurs de programmes cliniques et du conseil s'avèrent essentiels.
- L'engagement significatif des médecins tôt dans le processus s'avère nécessaire.

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

Nom : Dianne Gaffney

Titre : Responsable de l'organisme, Exercice professionnel

Organisme : Huron Perth Healthcare Alliance

Courriel : [dianne.gaffney@hpha.ca](mailto:dianne.gaffney@hpha.ca)

Téléphone : 519-272-8210, poste 2316

Dernière mise à jour : 31 juillet 2013

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

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

Gaffney, D. (examen en date de juillet 2013). [Huron Perth Healthcare Alliance].

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



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

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Patient engagement projects funded in 2011*, sans date. Extrait de : <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/Collaborations/PatientEngagement/Projects2011.aspx>



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

# Le programme Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports (THMFS) et le continuum de soins pour les aînés Vieillir chez soi au Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout

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

## APERÇU :

Cette pratique novatrice améliore la santé et le bien-être des aînés dans les communautés éloignées et isolées du nord-ouest de l'Ontario par la prestation de soins de santé sécuritaires sur le plan culturel et par la mise au point d'un continuum de services offerts dans la communauté et en établissement qui sont reliés entre eux. Lancée par le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout (Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre ou SLMHC), la pratique prend racine dans une stratégie de collaboration entre les dirigeants et les communautés des Premières nations, le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), les gouvernements provincial et fédéral, les organismes de santé, les fournisseurs et les aidants.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout est un modèle de soins unique dans la province qui a le mandat particulier de veiller à ce que les soins prodigués aux membres des Premières nations dans les hôpitaux de l'Ontario soient sécuritaires sur le plan culturel. Le Centre de santé exploite un centre de santé de 60 lits, un établissement de soins de longue durée et de soins prolongés de 20 lits ainsi que le refuge Out of the Cold. *Menoyawin* est un terme employé par la Nation Anishnabe qui fait référence à la santé, au mieux-être et au bien-être, un état de plénitude chez la personne sur les plans spirituel, mental, émotionnel et physique. Le Centre de santé est reconnu comme un centre d'excellence émergent dans le domaine des soins intégrés à la culture et des soins sécuritaires sur le plan culturel qui s'inspire du modèle de soins *menoyawin*.

Enraciné dans la signature, en 1997, d'un accord historique entre les Premières nations, la municipalité, l'administration fédérale et le gouvernement provincial, le programme Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports (THMFS) a été créé en 2004-2005 dans le but d'intégrer les compétences culturelles, l'aisance interculturelle et la sécurisation culturelle dans la structure de l'organisation afin d'aborder les erreurs médicales et les erreurs culturelles qui compromettent la sécurité des patients. Le continuum de soins pour les aînés Vieillir chez soi est ancré dans ce modèle de soins unique.

Le programme THMFS vise à réussir l'intégration culturelle dans les services de santé. Le programme oriente les changements fondamentaux dans les domaines de la gouvernance et du leadership (Odabiidamageg), du soutien aux patients, aux résidents et aux clients (Wiichi'iwewin), des pratiques de guérison traditionnelles (Andaw'iwewin), des médecines traditionnelles (Mashkiki) et des aliments traditionnels (Miichim). Plusieurs initiatives sont en cours dans chacun de ces domaines afin de mobiliser le personnel dans l'ensemble de l'organisation et d'intégrer la sécurisation culturelle dans tous les aspects de la prestation des programmes et services.

Les préoccupations à l'égard de la santé, de la qualité de vie et de la sécurité des aînés, le nombre important de patients qui reçoivent d'autres niveaux de soins, le manque criant de lits pour les soins de longue durée dans la région desservie et les longues listes d'attente ont incité le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout à réunir plusieurs partenaires afin de commander une analyse environnementale, en 2009, à l'aide d'un financement du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA). L'analyse a révélé des lacunes profondes sur le plan des services de soins de santé dans l'ensemble du continuum de soins, en particulier les inquiétudes soulevées par le manque de services adaptés aux aînés pour les épauler dans la communauté. L'analyse a également permis de répertorier les services et les ressources disponibles, d'avoir un aperçu des pratiques qui donnent de bons résultats et de formuler des recommandations en vue d'apporter un changement.

L'analyse a jeté les fondements du continuum de soins pour les aînés Vieillir chez soi, qui continue de prendre de l'expansion.



À l'heure actuelle, un panier complet de services dans chacun des domaines suivants a été déterminé : les soins à domicile et les soins communautaires; le soutien du patient et de la famille; la coordination des services de soutien; le répit; les logements communautaires avec services de soutien; les postes de soins infirmiers; les services aux médecins du nord; les services hospitaliers régionaux; les établissements régionaux de soins de longue durée; l'éducation et le transport. Le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout a mis sur pied des visites vidéo et une téléphysiothérapie grâce à des liens fournis par Keewaytinook Okimakanat (KO) Telemedicine et par l'Ontario Telemedicine Network. Le programme favorise la distribution d'aliments traditionnels, l'intégration des pratiques traditionnelles, culturelles, médicales et spirituelles, la planification d'activités sociales et récréatives ainsi que l'organisation de rassemblements et de services de traduction pour les aînés.

Le programme THMFS est unique par son approche globale de l'intégration culturelle dans l'ensemble de l'organisation. Bon nombre des outils, comme l'outil de communication axé sur le patient ou le cadre et le modèle pour la sécurité interculturelle des patients constituent des travaux avant-gardistes sur le sujet. L'accent exclusif accordé à la planification en fonction des aînés est également unique, car la plupart des régimes de santé locaux, régionaux et provinciaux ne s'attardent pas aux aînés. Enfin, l'approche concertée et multipartite adoptée auprès des intervenants engagés dans 28 communautés en vue de la planification du continuum de soins pour les aînés Vieillir chez soi se distingue également des pratiques habituelles.

### RÉPERCUSSIONS :

Les évaluations du programme THMFS fondées sur les sondages réalisés auprès du conseil, de la direction et du personnel, les examens des rapports d'incidents du Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout et l'outil de communication axé sur le patient ont montré des améliorations. En règle générale, les efforts déployés pour créer un milieu sécuritaire sur le plan culturel améliorent la sûreté des patients, diminuent les erreurs médicales, facilitent les processus pour régler les problèmes des patients et rehaussent la satisfaction des clients, du conseil et des employés. De manière plus précise :

- L'élaboration d'un cadre d'analyse de la sécurité interculturelle des patients et la mise sur pied d'un modèle pour la sécurité interculturelle des patients mènent à la création d'indicateurs de la sécurisation culturelle.
- La mise en place échelonnée sur quatre ans d'un programme de compétences culturelles (Bimaadiziwin) à l'intention du personnel améliore les connaissances et la sensibilisation.
- Un nouveau programme de formation et d'attestation pour les interprètes a augmenté l'utilisation du service par les fournisseurs.
- La plus grande disponibilité des pratiques cérémoniales et des médecines ou des aliments traditionnels améliore le confort, la satisfaction ainsi que le bien-être des patients.

Comme la mise en œuvre du programme THMFS suit un processus itératif, l'initiative continue de prendre de l'ampleur.

Le continuum de soins pour les aînés Vieillir chez soi est en pleine expansion, mais les retombées positives sont déjà remarquables dans plusieurs domaines. Par exemple, la télémédecine réunit les familles et les visites vidéo diminuent l'isolement des clients; le programme favorise les conseils de famille avec les parents éloignés, en plus de faciliter l'évaluation et le placement des résidents pour des soins de longue durée, y compris le diagnostic préalable au placement et le traitement des résidents potentiels des établissements de soins de longue durée; les travailleurs qui s'occupent des soins des aînés dans la communauté et les préposés aux services de soutien à la personne ont accès à de la formation; et les survivants d'un AVC ont plus facilement accès à la réadaptation. Les pratiques cérémoniales, les médecines et les aliments traditionnels ainsi que les activités sociales et récréatives favorisent le rétablissement des patients. Les efforts communautaires déployés pour récolter du bois aide les aînés à demeurer à la maison et le programme Assess and Restore prévoit des préposés aux services de soutien à la personne ainsi que de la physiothérapie et de l'ergothérapie avec des interprètes afin de faciliter le retour dans la communauté ou d'améliorer la qualité de vie dans les établissements de soins de longue durée.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout est un modèle de soins unique qui n'a pas été mis en place ailleurs. Le programme de compétences culturelles (Bimaadiziwin) s'appuie sur des pratiques exemplaires déterminées, mais sa conception pour le Centre de santé est unique. Les initiatives du Centre de santé peuvent théoriquement être appliquées et transférées dans d'autres milieux. Voici les leçons importantes à retenir : 1) le leadership, une collaboration soutenue, une vision commune à long terme, une entraide, des ressources partagées et une solide acceptation sur le plan du financement et des politiques s'avèrent nécessaires, 2) il faut de meilleures données sur la santé des aînés des Premières nations pour faciliter le développement d'un continuum de services reliés et plus de renseignements sur les pratiques qui portent fruit dans les communautés, et 3) : une meilleure coordination entre les programmes fédéraux et provinciaux distincts est indispensable.

### PERSONNE-RESSOURCE :



Nom : Heather Fukushima

Titre : Directrice, développement des soins et des services de longue durée et programme traditionnel

Organisme : Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout

Courriel : [hfukushima@slmhc.on.ca](mailto:hfukushima@slmhc.on.ca)

Téléphone : 807-737-2700

Dernière mise à jour : Le 26 juin 2013

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

Comarty, H. (janvier 2009). *An introduction to Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre: An emerging centre of excellence for culturally integrated health care in northwestern Ontario*. [Présentation par affiches].

Walker, R., St. Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Kelly, L. et Minty B. (2010). Measuring cross-cultural patient safety: Identifying barriers and developing performance indicators. *Healthcare Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 64–71. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104040>.

Walker, R., St. Pierre-Hansen, N., Cromarty, H., Kelly, L. et Minty B. (2010). *Measuring cross-cultural patient safety. Achieving cultural safety in health services: Moving beyond cultural competence*. [Présentation par affiches.]

Woolner, F., Timpson, J., Mombourquette, L. et Wood, L. (2009). *Elder care environmental scan in Sioux Lookout zone First Nations*: Prepared for the Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre. Extrait de : [http://www.slmhc.on.ca/assets/files/traditional-healing/elder\\_care\\_environmental\\_scan.pdf](http://www.slmhc.on.ca/assets/files/traditional-healing/elder_care_environmental_scan.pdf)

**Communications personnelles :**

Cromarty, H. (entrevue et rétroaction, 14 juin, 2013). [conseillère spéciale pour les soins de santé des Premières nations, Centre de santé Meno Ya Win].

Linkewich, B. (entrevue et rétroaction, 25 juin 2013). [vice-présidente des services de santé, Centre de santé Meno Ya Win].



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

## Supporting Aboriginal Seniors at Home (SASH), Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre (aider les aînés autochtones à rester chez eux grâce au centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones du sud-ouest de l'Ontario)

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

**APERÇU :** Cette pratique novatrice permet d'assurer des soins de santé sécuritaires sur le plan culturel afin de diminuer la fréquence des maladies chroniques et de prolonger l'espérance de vie des aînés autochtones. La pratique aborde ainsi les disparités entre l'espérance de vie et la fréquence des maladies chroniques entre les aînés autochtones et non autochtones. Lancée en Ontario dans un centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones, la pratique mettait à contribution une infirmière praticienne, un porte-parole en matière de santé des aînés et un guide du patient.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Supporting Aboriginal Seniors at Home (SASH) offre des services à caractère culturel dans le but de diminuer la fréquence des maladies chroniques et de prolonger l'espérance de vie des aînés autochtones. Le programme s'adresse aux aînés des Premières nations et aux aînés inuits et métis ainsi qu'aux membres de leur famille. Institué en 2010, le programme bénéficie d'un financement dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi. Il a été créé en consultation avec les membres des communautés autochtones en s'inspirant de modèles de soins qui favorisent la prestation de soins adaptés et sécuritaires sur le plan culturel.

Le personnel affecté au programme SASH est composé d'une infirmière praticienne, d'un porte-parole en matière de santé des aînés et d'un guide du patient ainsi que d'un formateur sur la sécurisation culturelle et d'employés administratifs. L'infirmière praticienne prodigue des soins primaires et offre des services de gestion pour les maladies chroniques à la clinique, dans des centres communautaires ou au domicile des personnes âgées. Le porte-parole en matière de santé des aînés aide les personnes âgées à se prévaloir des services communautaires et sociaux. Le guide aide les patients à cheminer à travers le système hospitalier complexe. L'équipe du programme SASH collabore avec l'équipe de soins de santé afin de dresser un plan de soins centré sur le patient qui intègre la guérison traditionnelle ainsi que des pratiques sécuritaires sur le plan culturel. Le formateur sur la sécurisation culturelle renseigne les organismes de la région sur la prestation de soins sécuritaires sur le plan culturel et renforce leur capacité à établir de bons rapports avec les patients autochtones. Les services de gestion des maladies chroniques visent principalement à aider les gens à se stabiliser, à s'améliorer, à perfectionner leurs aptitudes d'autogestion et, dans certains cas, à se rétablir. L'équipe soutient les clients, les fournisseurs de soins et les familles dans leurs interactions avec les médecins praticiens et organise des services d'interprétation et de traduction au besoin. Elle met les clients et leur famille en contact avec des guérisseurs autochtones traditionnels, en plus de les encadrer afin de s'assurer qu'ils comprennent leur plan de soins pendant leur séjour à l'hôpital. Les membres de l'équipe participent à la planification du congé de leurs clients en facilitant leur transition de l'hôpital à la maison, en organisant un suivi et en les mettant en contact avec un éventail complet et holistique de ressources et de soutiens. L'équipe travaille en étroite collaboration avec les organismes et les hôpitaux du secteur, tandis que le navigateur du patient assume un rôle de développement communautaire en rencontrant des représentants des organisations et des bandes afin de mieux comprendre les parcours qui mènent aux services dans la région.

Le programme SASH propose des soins qui se distinguent de ceux qui sont généralement offerts aux aînés autochtones. Son approche du traitement et du mieux-être comporte un volet spirituel et les patients ont accès aux services conventionnels. Il s'inspire d'un modèle centré sur le patient et les membres du personnel font plus que leur devoir pour offrir des programmes exceptionnels et pour s'assurer que l'ensemble des besoins des patients soit pris en considération.



## RÉPERCUSSIONS :

Le programme SASH, qui a été mis sur pied en 2010, n'a pas fait l'objet d'une évaluation à cette étape-ci. Cela dit, les responsables du programme s'affairent actuellement à mettre en place des processus de reddition de comptes fondée sur les résultats. Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique peut avoir des résultats positifs sur la santé. Ces résultats se traduisent notamment par une diminution de l'utilisation des services de soins primaires et des services d'urgence, par l'amélioration de l'accès à des rendez-vous avec des spécialistes, par l'amélioration du dépistage et de la gestion des maladies chroniques et par l'augmentation du nombre de toxicomanes en traitement. Le programme renforce également la capacité des organismes et des praticiens d'établir de bons rapports avec les aînés autochtones et d'assurer des soins adaptés et sécuritaires sur le plan culturel. Les liens entre les responsables du programme et les autres organismes, en particulier avec les organisations non autochtones, se resserrent.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle SASH n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et adaptée dans d'autres milieux. Des éléments du modèle ont été adoptés dans le cadre d'un programme Action Cancer de la région. Les leçons à retenir qui pourraient avoir une incidence sur l'applicabilité et la transférabilité de la pratique touchent à l'importance de créer des liens et des partenariats avec la communauté, de former des partenariats et de régler les problèmes de ressources humaines. Les membres du personnel doivent être à l'aise de travailler dans des milieux communautaires et de participer à des activités de réseautage et de promotion et être capables de bien s'entendre avec des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ou d'autres problèmes de santé compliqués. Ils doivent également comprendre les façons de faire des communautés dans lesquelles ils travaillent et connaître les ressources nécessaires pour répondre aux besoins fondamentaux dans des domaines comme la nourriture, le logement et la sécurité économique.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Barb Chrysler

Titre : Gestionnaire, soins primaires

Organisme : Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre

Courriel : [bchrysler@soahac.on.ca](mailto:bchrysler@soahac.on.ca)

Téléphone : 519-289 0352

Dernière mise à jour : Le 23 septembre 2013

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

### *Communications personnelles :*

Chrysler, B. (entrevue et rétroaction, 7 août 2013). [Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre].





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

## Les centres communautaires de Métis Nation of Ontario (MNO) donnent un coup de main aux aînés métis et aux familles

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

### APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde la nécessité de soutenir les citoyens métis du troisième âge qui risquent de passer à travers les mailles d'un système de santé complexe. Les premiers centres communautaires ont vu le jour au milieu des années 1990 et ils se sont multipliés depuis ce temps. Les programmes se traduisent par des partenariats avec différents ministères, des groupes autochtones et le secteur du bénévolat. Les soins sont assurés par des effectifs de santé interdisciplinaires, des travailleurs dans des centres communautaires et des bénévoles.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le tiers des Autochtones au Canada sont des Métis. Les Métis forment l'une des populations qui connaît la croissance la plus rapide au pays. En effet, elle a doublé au cours de la dernière décennie. Cette population est également plus âgée que les autres groupes autochtones. De nombreux aînés métis ont des taux beaucoup plus élevés de maladies chroniques et d'autres pathologies complexes que les Ontariens non métis. Comme les Métis sont également encadrés par une structure législative et réglementaire différente de celle des autres groupes autochtones, ils n'ont pas le même accès aux soutiens offerts par les programmes provinciaux et fédéraux que les autres Canadiens autochtones, comme le Programme des avantages sociaux non assurés. De plus, de nombreux aînés métis ont des revenus limités et habitent dans des régions éloignées et rurales, ce qui amplifie les problèmes d'accès.

Pour toutes ces raisons, Métis Nation of Ontario (MNO) a conçu un modèle de soins communautaires novateur axé sur la famille qui repose sur le mode de vie des Métis et qui s'articule autour des besoins uniques cette clientèle. Répartis entre les 18 communautés métisses historiques aux quatre coins de l'Ontario, les centres communautaires de MNO ont été créés dans le but de servir de carrefours importants pour la culture et les services qui relient les citoyens métis entre eux ainsi qu'aux services de santé et aux soutiens essentiels dans leurs régions respectives. Ces centres assurent un soutien absolument nécessaire et très concret aux citoyens métis du troisième âge qui sont particulièrement susceptibles de passer entre les mailles de notre système de soins de santé complexe.

Les centres communautaires de MNO sont particulièrement importants, car ils offrent aux aînés métis le soutien culturel et social dont ils ont tant besoin, en plus de les aider à se prévaloir des services de santé et médicaux essentiels. Certains centres de MNO offrent également des services de spécialistes, comme des cliniques de soins des pieds pour les aînés et les autres Métis qui souffrent du diabète. Les travailleurs des centres communautaires de MNO participent aussi très activement à des initiatives de sensibilisation auprès des aînés métis et des autres citoyens de MNO qui ont besoin d'aide, en se rendant régulièrement à leur domicile afin de les aider avec la préparation des repas, l'entretien de la maison et d'autres tâches quotidiennes et afin de leur apporter un soutien social et culturel important. Grâce à la mise sur pied d'un programme de transport médical par MNO, les aînés métis peuvent aussi recevoir de l'aide pour se rendre à leurs rendez-vous chez le médecin et ailleurs. Le modèle de soins communautaires de MNO s'appuie sur une approche holistique de la santé et du mieux-être holistique centrée sur la famille qui appartient aux Métis et qui est profondément enracinée dans la culture et le mode de vie fortement orientés sur la communauté des Métis.

Le modèle de services de MNO, qui est unique dans la province tant par sa portée que par sa conceptualisation, a été salué comme une pratique exemplaire par ses partenaires gouvernementaux. MNO entretient une collaboration très étroite avec ses partenaires provinciaux et d'autres groupes autochtones afin de concevoir ses programmes. MNO reçoit de l'aide de différents ministères, notamment du programme de services communautaires de soutien (Community Support Services Program) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, du ministère des Affaires autochtones et du ministère des Services à





l'enfance et à la jeunesse. Les programmes et services sont également soutenus par un nombre important d'organismes bénévoles de MNO, dont les conseils provinciaux de MNO, le conseil des jeunes de MNO et les sénateurs de MNO.

#### **RÉPERCUSSIONS :**

Cette pratique novatrice a d'abord été mise en place en 1993 et de nouveaux centres communautaires ouvrent leurs portes depuis ce temps. Le système de suivi interne des activités liées à la santé (H.A.T.S.) de MNO, qui a été conçu dans le but de faire des comptes rendus, d'assurer une reddition de comptes et de procéder à des évaluations, auquel s'ajoutent des évaluations indépendantes commandées régulièrement, indique que les centres communautaires ont des retombées positives sur la santé et le bien-être des citoyens métis. Ils apportent une aide et un soutien indispensables aux aînés, surtout aux personnes âgées qui habitent dans des régions rurales et éloignées. Ils constituent également un lieu culturel essentiel où les aînés métis peuvent rencontrer d'autres membres de la communauté, obtenir un soutien et des soins pertinents et être orientés vers les services et les programmes essentiels dans l'ensemble de la collectivité. Les centres, et les activités qu'ils mènent à l'échelle de la collectivité, ont également amené les Ontariens à mieux connaître et à respecter davantage la culture, l'histoire unique, les besoins et les aspirations des Métis. Mais avant tout, les centres de MNO sont des refuges qui veillent à ce que les soins communautaires prodigués aux aînés métis en Ontario soient sécuritaires sur le plan culturel.

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

Les centres de santé communautaires de MNO n'ont pas été adaptés à partir d'une autre administration ni mis en place en dehors de l'Ontario. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Des ministères provinciaux demandent régulièrement à MNO de les aider à élaborer et à mettre sur pied des politiques, des programmes et des services qui s'adressent aux Métis et aux non-Métis. Les deux caractéristiques de la démarche de MNO qui ont contribué au succès de l'initiative sont la nature holistique orientée sur les besoins et la culture de ses programmes et services communautaires ainsi que la volonté de MNO de coopérer et de travailler en étroite collaboration avec le gouvernement et les autres partenaires autochtones afin de combler les lacunes décelées et de créer des modèles de soins plus efficaces et mieux intégrés pour les populations autochtones. La mobilisation des dirigeants métis, la capacité de former des équipes efficaces vouées à la culture à l'aide d'une formation adéquate pour l'ensemble du personnel de première ligne, la participation directe des membres des communautés métisses, y compris des aînés, et le soutien d'une armée de bénévoles sont au nombre des principaux facteurs qui ont contribué à la réussite de ce projet.

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

Nom : **Wenda** Watteyne,

Titre : Directrice de la guérison et du mieux-être

Organisme : Métis Nation of Ontario

Courriel : [wendaw@metisnation.org](mailto:wendaw@metisnation.org)

Téléphone : 613-798-1488

Dernière mise à jour : Le 23 octobre 2013

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

#### **Communications personnelles :**

Storm J. Russell et Wenda Watteyne, Métis Nation of Ontario (communications personnelles et autres, octobre 2013).



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

## Kahnawake Home and Community Care Services (services de soins à domicile et en milieu communautaire de Kahnawake)

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

### APERÇU :

Cette pratique novatrice assure un meilleur continuum de soins pour les aînés et les autres membres des Premières nations dans leur communauté de Kahnawake de 9 500 habitants. Elle prévoit des services aux domiciles des clients et fait appel à une équipe de soins infirmiers à domicile de 10 membres, à une équipe de 18 aides en soins de santé à domicile, à une équipe de sept membres axée sur un programme de jour en milieu hospitalier, à un conseiller pour les services aux adultes et aux aînés, à deux animateurs pour le programme de jour, à deux chargés de cas pour les aînés, à un personnel administratif, à une équipe responsable de la cuisine, à une équipe chargée de l'entretien et de la sécurité et au gestionnaire du programme.

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Kahnawake Home and Community Care Services (KHCCS) vise à assurer un meilleur continuum de soins afin de tenir compte des besoins en matière de santé des aînés des Premières nations et des autres clients qui habitent à la maison dans la communauté des Mohawks de Kahnawake, au Québec. Le programme a été mis sur pied en l'an 2000, lorsque Santé Canada a lancé le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. La nouvelle initiative proposait un meilleur financement ainsi que des lignes directrices moins restrictives en permettant la création d'un programme de soins à domicile qui répondait aux besoins concrets des aînés de Kahnawake.

Le programme KHCCS permet d'établir des liens entre les clients et la famille et les services offerts dans la réserve qui comprennent des soins infirmiers à domicile, des soins personnels, des soins primaires, des soins tertiaires, des soins palliatifs, des services de répit, des programmes de jour ainsi que des services de santé mentale. Le programme aide également les clients à avoir accès notamment à la sécurité du revenu. Le programme assure également la supervision d'un établissement de soins de longue durée de 25 lits. Le programme a été bonifié en 2005 avec la venue d'une méthode de gestion de cas et l'établissement d'un accès à guichet unique aux services. Le client qui arrive est jumelé à un gestionnaire de cas qui procède à une première évaluation, qui détermine les ressources dont le client a besoin et qui fait les aiguillages qui s'imposent. Le client est réévalué à des intervalles de six mois. Après chaque évaluation, une équipe interprofessionnelle élabore une stratégie afin de répondre aux besoins liés aux services qui ont changé. Le gestionnaire de cas suit le client, de son admission jusqu'à la planification de son congé, en veillant à ce que les ressources pertinentes soient en place afin de favoriser le bien-être de l'aîné lorsqu'il retourne à la maison ou lorsqu'il est transféré vers un autre niveau de soins.

Le programme KHCCS permet aux aînés des Premières nations d'avoir accès 365 jours par année à des services de soins à domicile, y compris à des chargés de cas et à des infirmières à domicile, ainsi qu'à un continuum généralement complet de services dans la réserve. Par exemple, les infirmières à domicile travaillent en étroite collaboration avec les médecins afin d'offrir des services de soins palliatifs, qui permettent habituellement aux aînés de demeurer à la maison jusqu'à leurs derniers jours. Les aides aux soins à domicile ont été chargées de s'occuper de certains aspects des soins médicaux, ce qui leur permet, par exemple, de distribuer des médicaments ou de remplacer des pansements. Le programme de soins à domicile prévoit également un répit pour les membres de la famille qui sont les principaux fournisseurs de soins, qui prend la forme de programmes de jour pour les aînés et de services de relève à court terme. L'équipe de soins à domicile comprend des infirmières en santé mentale qui conseillent les aînés qui sont aux prises avec des problèmes comme la dépression, le deuil ou des traumatismes non résolus. Le programme KHCCS répond à la plupart des besoins de ses clients et les services peuvent généralement être mis en place dans les 24 heures qui suivent une demande. Les taux de maintien en poste du personnel sont extrêmement élevés : 90 % des membres du personnel comptent au moins 10 années de service. Ils comprennent bien les besoins des clients puisqu'ils proviennent majoritairement de la communauté.



## RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice a été mise en place en 2000. Même si les données sur le programme de soins à domicile KHCCS ont été intégrées aux données d'évaluation recueillies par l'hôpital de la région, elles ne peuvent pas être désagrégées. Cela dit, le programme de soins à domicile a été homologué à trois reprises depuis 2006. L'adoption d'une méthode de gestion de cas, qui prévoit une évaluation exhaustive des besoins des clients afin d'éviter d'offrir des services inutilement, a donné aux responsables du programme la possibilité de porter au maximum l'efficacité et d'assurer, du même coup, des soins de qualité. Cette méthode permet de réaliser des économies.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de services de soins à domicile et en milieu communautaire de Kahnawake n'a pas été adapté à partir d'une autre administration, ni mis en place ailleurs. Par contre, les responsables du programme ont été contactés et visités par des représentants de plusieurs communautés des Premières nations au Québec. Des aspects du programme ont été adaptés et mis en place dans un certain nombre de ces collectivités. Les leçons importantes tirées lors de la création et de la mise en œuvre du programme sont notamment qu'il ne faut pas présumer que ce qui marche à un endroit ou à un moment donné fonctionnera partout ou à tout coup. Même les responsables de programmes fructueux doivent toujours être prêts à réagir aux situations variables dans lesquelles les services sont offerts et aux besoins changeants des communautés qu'ils servent. Il est également important de sortir des sentiers battus et de s'ouvrir aux moyens inhabituels d'accomplir ce qui doit être fait.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Mike Horne

Titre : Gestionnaire de programme, Kahnawake Home and Community Care Services

Organisme : Kahnawake Shakotiaa'takehnhas Community Services

Courriel : [mikeh@kscskahnawake.ca](mailto:mikeh@kscskahnawake.ca)

Téléphone : 450-632 5499, poste 115

Dernière mise à jour : Le 17 juillet 2013

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

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

Horne, M. (entrevue et rétroaction, 17 juillet 2013). [Kahnawake Shakotiaa'takehnhas Community Services].

**External Source:** <http://www.kscs.ca/taxonomy/term/5/all>



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

# Des auxiliaires en santé communautaire donnent un coup de main pour combler les pénuries d'infirmières, pour assurer la continuité des soins et pour préserver la sécurisation culturelle

LOCATION:	Terre-Neuve-et-Labrador	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde les préoccupations liées au recrutement et au maintien en poste des infirmières ainsi que la continuité et la sécurisation culturelle des soins pour les aînés inuits. Cinq auxiliaires en santé communautaire travaillent au sein des collectivités.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Deux facteurs ont incité la création du poste d'auxiliaire en santé communautaire. Il y avait, premièrement, les difficultés liées au recrutement et au maintien en poste des infirmières, et deuxièmement, les inquiétudes soulevées par la continuité des soins pour les habitants de Nunatsiavut, en particulier pour les aînés qui bénéficiaient d'un service dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Le modèle de l'auxiliaire en santé communautaire s'inspire du passé dans le Labrador et du présent en Alaska, où les auxiliaires en santé communautaires prodiguent des soins primaires dans les communautés éloignées. Le nouveau poste a été créé par pure nécessité et permet d'assurer des soins rentables qui ne mettent pas en péril la culture de la région. Par exemple, une infirmière et une auxiliaire remplacent maintenant deux infirmières, et ce mélange de compétences assure une continuité des soins.

Lorsque la mission Grenfell est arrivée au Labrador, les médecins et les infirmières avaient embauché des femmes de la région comme auxiliaires afin de prêter main-forte dans tous les domaines de soins. La tradition s'est poursuivie et, en 1996, lorsque l'association des inuits du Labrador s'est chargée des soins infirmiers dans la région qui s'appelle maintenant Nunatsiavut, les auxiliaires en santé publiques ont suivi.

Le rôle de l'auxiliaire en santé communautaire s'étend aux domaines de la santé publique, des soins à domicile et des soins en milieu communautaire, et il est soutenu par le gouvernement du Nunatsiavut. Les auxiliaires, qui proviennent de la communauté, possèdent la langue ainsi que les connaissances culturelles qui sont indispensables à une pratique sécuritaire.

Dans le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, les auxiliaires en santé communautaire agissent en tant que « bras droits » des infirmières parce qu'elles sont appelées à assumer plusieurs rôles en devenant tour à tour des aides, des conseillères culturelles et des planificatrices. Elles gèrent les travailleurs qui offrent un soutien à domicile, elles accompagnent l'infirmière qui visite les clients afin de servir d'interprètes au besoin, elles commandent le matériel et les fournitures, elles planifient les rendez-vous, elles stérilisent le matériel, elles font les rapports de fin de mois et elles accomplissent toutes les autres tâches qui ne nécessitent pas une infirmière. L'infirmière est donc libre de se concentrer sur les soins directs aux patients. Les auxiliaires font également des visites à domicile de leur côté afin de soutenir les programmes lorsqu'une infirmière est en ville et lorsque le poste est vacant.

Elles assument le rôle tout aussi important de conseillères culturelles des nouvelles infirmières. Comme elles ont la confiance des membres de la communauté, toute nouvelle infirmière qui est accompagnée d'une auxiliaire est acceptée sur-le-champ. Elles sont au courant de tout ce qui concerne les membres de la communauté; elles savent notamment où les trouver d'une journée à l'autre afin de s'assurer qu'ils viennent à leur rendez-vous.

Lorsqu'il n'y a pas d'infirmière dans la communauté, l'auxiliaire devient les yeux et les oreilles de la collectivité. Les auxiliaires savent quand alerter le personnel au sujet de l'état d'un aîné et quand solliciter des soins infirmiers. Les auxiliaires prennent



les rendez-vous et font tous les préparatifs pour les infirmières.

Du point de vue des soins aux aînés, les auxiliaires peuvent souvent passer plus de temps avec les clients que l'infirmière à créer et à cultiver des liens personnels et à parler dans leur langue. Les aînés sont souvent seuls dans leur communauté, car les membres de leur famille ont déménagé. Les auxiliaires en santé communautaire défendent les droits des aînés et les aident à aborder plusieurs questions, dont le problème important des mauvais traitements à leur égard, et en particulier, l'exploitation financière. Comme les auxiliaires connaissent bien les centres de santé régionaux et les établissements de soins de longue durée de la région de Happy Valley-Goose Bay, elles peuvent les décrire aux aînés et à leur famille et les aider à se sentir à l'aise avec toute transition.

Ce modèle unique au Canada ne s'est pas encore étendu dans d'autres régions du pays.

#### **RÉPERCUSSIONS :**

Les indices de réussite reposent largement sur les anecdotes personnelles, les observations et la surveillance régulière de la santé des aînés et de leur sécurité à la maison. Le programme connaît assurément un franc succès. Ce poste permet d'accomplir les tâches avec un moins grand nombre d'infirmières. Par exemple, la communauté la plus importante compte maintenant deux infirmières et deux auxiliaires, au lieu de trois infirmières et d'une auxiliaire. Dans une autre communauté, on a pu maintenir les programmes en place sans la présence d'une infirmière. Les auxiliaires en santé communautaire constituent des effectifs très stables. Elles vivent et elles s'investissent dans la communauté et elles adorent leur travail, ce qui explique le faible roulement de personnel. Si une auxiliaire venait à quitter, des membres de la communauté pourraient prendre la relève. On peut difficilement quantifier ou décrire leur importance. Il serait essentiellement impossible d'assurer les soins sans elles et les clients seraient moins disposés à recevoir des soins.

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

Cette pratique novatrice a été adaptée de l'Alaska, mais elle n'existe pas ailleurs au Canada. Cela dit, elle peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux un peu partout au pays. L'autonomie gouvernementale du Nunatsiavut, qui permet la souplesse et l'innovation nécessaires pour créer des rôles qui répondent aux besoins des communautés, est une leçon importante ou un catalyseur de réussite à retenir. Un autre facteur habilitant est le fait que les auxiliaires travaillent dans un milieu non syndiqué.

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

Nom : Tina Buckle

Titre : Coordinatrice des soins infirmiers communautaires

Organisme : Le gouvernement du Nunatsiavut, département de la Santé et du Développement social

Courriel : [tina\\_buckle@nunatsiavut.com](mailto:tina_buckle@nunatsiavut.com)

Téléphone : 709-896-9750, poste 232

Dernière mise à jour : Le 30 septembre 2013

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

#### **Communications personnelles :**

Turner, G. et Buckle, T. (entrevue et rétroaction, 16 août 2013). [gouvernement du Nunatsiavut]

**External Source:** [http://www.nunatsiavut.com/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1&lang=en](http://www.nunatsiavut.com/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1&lang=en)



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

## Modèle de pratique en collaboration

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

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

### RÉPERCUSSIONS :

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

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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



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

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Sandy Hassler

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

Organisme : s.o.

Courriel : [s.hassler@sasktel.net](mailto:s.hassler@sasktel.net)

Téléphone : 306 736-9099

Dernière mise à jour : Le 10 octobre 2013

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

***Communications personnelles :***

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

***Autres :***

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

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





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

# Un programme de soins de santé à domicile pour tous, à l'intérieur comme à l'extérieur de la réserve, à Bella Coola

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

**APERÇU :** Cette pratique novatrice aborde la nécessité d'assurer un accès équitable à des soins à domicile et à des soins communautaires intégrés aux aînés autochtones qui habitent dans une réserve. Lancée à Bella Coola, la pratique met à contribution une équipe interprofessionnelle formée de travailleurs fédéraux et provinciaux qui offrent des soins à domicile et de travailleurs qui sont au service d'une bande.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Bella Coola est une communauté éloignée située sur la côte centrale de la Colombie-Britannique qui possède des ressources limitées. La communauté était confrontée à plusieurs difficultés. Il n'y avait pas de programme structuré de soins à domicile et de soins communautaires ni de modèle pour la prestation de services intégrés entre les services offerts dans la réserve et les services offerts par la province. La situation était compliquée par des facteurs comme des compressions budgétaires, des pénuries d'infirmières, l'absence de supervision du personnel infirmier, un manque de clarté à l'égard des rôles et des responsabilités des membres du personnel et une divergence d'opinion sur la forme que devrait prendre un programme de soins à domicile et de soins communautaires. Les familles étaient parties trouver du travail en dehors de cette communauté défavorisée sur le plan économique en laissant derrière elles une population vieillissante de personnes seules qui n'avaient pas accès à des soins.

On a conçu une vision et un modèle communs afin de s'assurer que les membres et les non-membres des Premières nations qui vivent à l'intérieur et à l'extérieur de la réserve jouissent d'un accès équitable aux soins et aient le choix de demeurer à la maison dans leur communauté le plus longtemps possible. Les services sont offerts 365 jours par année et il y a un programme de soins à domicile et de soins communautaires entièrement intégrés en place qui ne met pas la culture en danger. Ce programme, qui se déroule dans un nouveau centre de santé situé au sein de la réserve, est utilisé par tous les membres de la communauté.

La première étape de cette initiative consistait à obtenir l'approbation du chef et du conseil de la Nation Nuxalk. L'aval a été donné facilement en raison de la confiance que l'infirmière responsable avait gagnée au fil des ans. On a mobilisé la communauté et évalué les besoins en tenant notamment des réunions avec le directeur de la santé de la Nation Nuxalk, les aînés et des représentants de la GRC. Des réunions ont également eu lieu entre le chef et le conseil, des responsables de United Church Health Services (une filiale de Vancouver Coastal Health), des représentants de Vancouver Coastal Health et des responsables du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (SDMCPNI) de Santé Canada, qui assure des soins à domicile à l'intérieur de la réserve. On a conclu un accord selon lequel la Nation Nuxalk offrirait des services au sein de la réserve et dirigerait le financement vers le programme de soins à domicile et de soins communautaires. Le financement fédéral et provincial a donc été réuni dans le but de créer un seul programme de soins à domicile au lieu de deux (le programme de la province et le programme de SDMCPNI fédéral). Le nouveau programme était véritablement un effort de concertation entre United Church Health Services et le programme de santé et de bien-être de la Nation Nuxalk.

Grâce au soutien de l'ensemble de la communauté, l'intégration de tous les programmes de soins à domicile a commencé lentement en 2007 en s'appuyant sur les besoins des clients, et non sur le fait qu'ils habitent à l'intérieur ou à l'extérieur de la réserve. Tous les habitants de la région de Bella Coola utilisent le centre de santé situé au sein de la réserve, peu importe s'ils font partie ou non des Premières nations et s'ils vivent à l'intérieur ou à l'extérieur de la réserve. Les programmes cliniques, qui s'inscrivent dans le programme de jour pour adultes, comprennent des volets axés sur le soin des pieds, le soin des plaies, la surveillance de la tension artérielle et l'éducation sur le diabète ainsi qu'un programme de bains. L'outil d'évaluation des soins à domicile interRAI est utilisé pour élaborer un plan de soins. Un programme de soins palliatifs interprofessionnels est





également offert.

Le centre de santé est un carrefour pour les soins de santé primaires, la télésanté, la pharmacie, la santé mentale et les toxicomanies, la santé publique et les services sociaux, ainsi qu'un bureau administratif pour faciliter le déplacement des patients. Les médecins et les praticiens qui évoluent dans le programme de soins à domicile se rencontrent chaque semaine afin d'examiner les clients. On communique également avec des spécialistes en dehors de la communauté. Par exemple, pour le soin des plaies, on fait appel à un système de gestion complète des soins de plaies. Le système de caméras Librestream est utilisé pour établir une relation virtuelle avec des équipes hautement qualifiées et il y a un lien vers le réseau d'information sur la santé de la Colombie-Britannique et la base de données sur les médicaments Medinet.

Il n'y a pas d'argent neuf pour ce programme. Les voies de financement ont été réunies afin de contourner les compressions budgétaires, d'élargir les capacités et d'assurer une souplesse. Cette pratique, qui assure un accès équitable aux soins en mettant les fonds en commun, en intégrant les programmes à l'intérieur et à l'extérieur de la réserve et en incitant tous les membres du personnel des gouvernements fédéral et provincial et de la bande à travailler ensemble dans des équipes interprofessionnelles en assumant des rôles et des responsabilités clairs, est unique et fort différente des pratiques habituelles.

### RÉPERCUSSIONS :

Avant l'intégration, les aînés de la réserve n'avaient pas accès au même éventail de services variés. Selon les témoignages personnels et une surveillance régulière des clients, des indices donnent à entendre que la qualité des services s'améliore. Le ralentissement des visites au service des urgences, la diminution des admissions à l'hôpital et la réduction du nombre de clients dans d'autres niveaux de soins à l'hôpital général de Bella Coola figurent parmi les avantages relevés. Des gens sont retournés à la maison après avoir vécu à l'hôpital pendant plus d'un an. Les déplacements des patients sont également moins nombreux. Grâce à un meilleur soin des pieds, il n'y a pas eu d'amputation depuis des années, ce qui constitue une amélioration majeure. Les aînés demeurent actifs à la maison, où ils sont heureux et en meilleure santé. Ils reçoivent des soins adaptés aux différences culturelles. Des efforts sont également déployés pour embaucher les gens de la localité. Après avoir quitté la région pour poursuivre leur formation et leurs études, ils reviennent dans leurs communautés respectives. Les fournisseurs de soins de santé sont satisfaits et le roulement est faible.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique 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. À l'heure actuelle, les communautés avoisinantes aimeraient concevoir le même programme intégré et des associations se forment afin d'échanger des idées. Les leçons importantes à retenir sont les suivantes : une seule personne suffit pour déceler une lacune et pour devenir un champion du changement; le chef et le conseil doivent être consultés en premier, car leur soutien est primordial; le gouvernement fédéral, la province, l'autorité régionale de la santé et la bande étaient disposés à explorer un modèle différent; le personnel a été embauché et perfectionné au sein de la communauté; l'adoption d'une approche axée sur les soins partagés avec la collaboration de l'ensemble de la communauté est une mesure efficace; le programme Agrément Canada favorise l'amélioration de la qualité; et l'utilisation de la technologie et d'outils d'évaluation améliore les soins prodigués aux clients.

### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Glenda Phillips

Titre : Gestionnaire, soutien à domicile et en milieu communautaire

Organisme : Bella Coola General Hospital

Courriel : [glenda.phillips@vch.ca](mailto:glenda.phillips@vch.ca)

Téléphone : 250-799-5311

Dernière mise à jour : Le 30 septembre 2013

### Communications personnelles :

Phillips, G. (entrevue et rétroaction, août 2013). [Bella Coola General Hospital].





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

# Promotion de la participation des pères dans le cadre de l'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAPF)

LOCATION:	Québec	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique innovatrice aide à rendre les services et soins de santé actuels plus inclusifs, accessibles et utiles pour les pères. L'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAPF) sera mise en œuvre dans cinq régions du Québec au cours de 2012 à 2017, et vise à former des gestionnaires et intervenants en soins de santé qui interagissent avec les parents lors de la période périnatale.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La période entourant la naissance et la première enfance est une transition cruciale pour la famille. Il s'avère essentiel que les deux parents participent avec leurs enfants. La recherche démontre les conséquences positives que la participation du père a sur le développement de l'enfant, la qualité de la relation conjugale et la santé mentale du père. L'IAPF est un programme qui vise à rendre les services et soins de santé actuels plus inclusifs, accessibles et utiles pour les pères. L'IAPF a pour objectif de promouvoir la participation des pères au sein des familles et des collectivités, notamment en élaborant et en intégrant des pratiques cliniques qui comprennent les pères.

La Politique de périnatalité 2008-2018 du gouvernement du Québec comportait des recommandations visant à reconnaître, à favoriser et à appuyer la participation des pères pendant la période périnatale. L'IAPF est conforme à ces priorités.

L'IAPF est un programme multisystémique visant à promouvoir la participation du père au sein de la famille, du système de soins de santé et de la société. L'IAPF oriente les intervenants et les gestionnaires en soins de santé, services sociaux et services communautaires afin de mieux appuyer la participation des pères à l'aide de mesures innovatrices et efficaces ciblant les pères et leur famille. Dans le cadre du programme, on offre des ateliers aux praticiens de la santé travaillant avec les familles dans divers secteurs de pratique. Ces ateliers donnent aux participants la possibilité de réfléchir à leurs croyances et pratiques concernant les pères. Les ateliers de l'IAPF ne sont pas des cours théoriques, mais plutôt des lieux d'échange, où l'on peut faire l'analyse des pratiques professionnelles et élaborer de nouvelles approches. La modification des approches concernant la participation des pères vise à :

- promouvoir le développement sain des enfants et de leur famille, et la réussite de l'intégration scolaire;
- prévenir la séparation conjugale et le divorce précoce;
- promouvoir la santé mentale des parents.

Le programme de l'IAPF fut mis à l'essai en 2010-2011 dans le sud des Laurentides. À la suite des résultats positifs, le programme s'est élargi et est maintenant mis en œuvre dans cinq régions du Québec (de 2012 à 2017), avec un soutien au financement d'Avenir d'Enfants.

## RÉPERCUSSIONS :

Le projet pilote de l'IAPF comprenait la participation de 30 intervenants et 10 gestionnaires en soins primaires. Les ateliers constituaient le fondement de l'approche, reliant des discussions suscitant la réflexion à des échanges plus théoriques. Ces discussions permettent de sensibiliser les intervenants de première ligne aux besoins des pères tout en les incitant en même temps à développer leurs compétences, à adapter leur approche au contexte réel de travail et à modifier leurs croyances.

L'évaluation du projet pilote comportait des données probantes importantes sur les changements en ce qui concerne les croyances, les attitudes et les pratiques à l'égard des pères et de leur famille ainsi que diverses adaptations de l'environnement des établissements de soins de santé en fonction des besoins des hommes. De plus, l'évaluation démontrait



que l'IAPF :

- 1) appuie les soins de santé, les services sociaux et les institutions et organismes communautaires en établissant et en adaptant des pratiques, activités et services qui sont conviviaux pour les pères ;
- 2) favorise la collaboration interprofessionnelle en offrant des services qui sont davantage complémentaires et plus cohérents.

Le projet de recherche de l'IAPF continuera à faire l'objet d'une évaluation au fur et à mesure de son développement. L'évaluation est structurée selon trois thèmes : l'évaluation du contexte de mise en œuvre, le processus de mise en œuvre et les effets de l'intervention, résultats et conséquences. Cette dernière évaluation comprendra l'analyse du contenu des ateliers de réflexion des intervenants de première ligne et des médecins, des groupes de discussion des pères et des questionnaires distribués aux intervenants et aux pères avant et après la mise en œuvre.

À ce jour, l'initiative a eu une incidence positive sur la sensibilisation concernant la participation des pères. Les décideurs politiques, les organismes de services de santé et sociaux, les centres de services de santé et sociaux, les organismes communautaires et le grand public sont informés quant à l'importance d'appuyer la participation des pères et sont motivés à intervenir pour rendre les pères plus visibles au sein de la collectivité.

Une évaluation des coûts de ce programme n'a pas été effectuée à l'heure actuelle.

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

Le programme de l'IAPF n'a pas été mis en œuvre à l'extérieur du Québec mais peut, en théorie, être applicable et transférable à d'autres établissements. L'équipe de l'IAPF a conçu du matériel publicitaire, des guides pédagogiques et des brochures pour les participants; ces outils ont été conçus pour appuyer l'adaptation et l'application de cette initiative à d'autres établissements.

Au Québec, l'IAPF s'est développée à partir d'un projet pilote dans cinq régions : l'Outaouais, les Laurentides, la Montérégie, la Mauricie et le Centre du Québec. Il y a également eu un intérêt pour le programme à l'étranger, et une équipe a étudié l'application de l'IAPF en Australie.

Les cinq régions prenant part au développement ont établi différents besoins organisationnels et en matière de planification pour la mise en œuvre de l'IAPF. Parmi les facteurs pertinents, mentionnons les suivants : l'ouverture aux changements en ce qui concerne les pratiques, accorder la priorité à la participation des pères dans le cadre des plans d'action, la disponibilité des intervenants en soins de santé et services sociaux afin de participer aux ateliers de réflexion, et les budgets affectés pour les membres du personnel et les clients ciblés par les services et activités.

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

Nom : Francine de Montigny

Titre : Chaire de recherche sur la santé psychosociale des familles

Organisme : Université du Québec en Outaouais

Courriel : [francine.demontigny@uqo.ca](mailto:francine.demontigny@uqo.ca)

Téléphone : 819-595-3900-2257

Dernière mise à jour : 15 juillet 2013

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

#### **Communications personnelles :**

de Montigny, F. (projet de présentation, juillet 2013). [Université du Québec en Outaouais].

#### **Publications :**

de Montigny, F. et C. Gervais. (2013). *L'Initiative Amis des pères au sein des familles*, dans *Impact*, vol. 3, n° 1, 2013. Extrait de : [http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/impact\\_vol3-no1fra\\_final.pdf](http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/impact_vol3-no1fra_final.pdf).



External Source: <http://iap.uqo.ca/en/>



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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nom : Nancy Guberman

Titre : Professeure retraitée de l'École de travail social

Organisme : Université du Québec à Montréal

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

Téléphone : 514-276-6236

Dernière mise à jour : Le 16 juillet 2013

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

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

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



**Publications :**

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

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

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





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

# Patient Navigation Program for Low-Income Women with Breast Cancer: Seminal Innovation at Harlem Hospital, New York City (programme d'orientation des patients pour les femmes atteintes du cancer du sein et ayant un faible revenu : innovation déterminante)

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

## APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde les obstacles que connaissent les femmes ayant un faible revenu lors du dépistage, du diagnostic et du traitement du cancer du sein. La pratique a été inaugurée à New York au centre hospitalier de Harlem et faisait intervenir des membres de la collectivité ayant reçu une formation en orientation des patients.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le premier programme d'orientation des patients a été établi à New York afin de réduire les disparités concernant l'accès au diagnostic et au traitement du cancer, en particulier chez les minorités ayant un faible revenu et non assurées. Ce programme tenait compte des résultats du *Report to the Nation on Cancer in the Poor in 1989* (rapport national sur le cancer chez les démunis en 1989) de l'American Cancer Society (ACS), et était financé au moyen d'une subvention de l'ACS.

Le programme inaugural avait pour objectif principal d'éliminer les obstacles concernant le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins de soutien en temps opportun du cancer du sein. Ce modèle diffère des autres modèles de soutien aux patients, tels que les travailleurs sociaux en milieu hospitalier ou les défenseurs des droits des patients, en étant axé sur un problème de santé plutôt que sur l'objectif plus vaste d'améliorer l'état de santé en général. Les intervenants-pivots bâtissent des relations avec les patients afin de déterminer, de prévoir et d'aider à atténuer les obstacles, notamment les problèmes d'ordre suivant :

- les finances;
- la langue, la communication et l'information;
- les rendez-vous manqués et la perte de résultats;
- les soins adaptés à la culture;
- la distance géographique;
- la crainte et les émotions.

Les premiers intervenants-pivots pour les patients au centre hospitalier de Harlem étaient principalement des gens non spécialistes choisis parmi la collectivité. Aucun niveau d'études particulier n'était exigé, mais les intervenants-pivots étaient sensibles culturellement à la collectivité qu'ils desservaient, connaissaient très bien le système de soins de santé et avaient des relations très étroites avec les principaux décideurs au sein du système. Depuis 1990, le modèle d'orientation des patients s'est élargi au même titre que les qualifications des intervenants-pivots, qui sont souvent des professionnels de la santé chevronnés ou des diplômés de programmes de formation en orientation des patients. Le Harold P. Freeman Patient Navigation Institute de New York comporte un programme de certificat en orientation des patients qui est offert par son homonyme, le fondateur de l'orientation des patients.



## RÉPERCUSSIONS :

Dans le cadre des recherches menées à l'hôpital de Harlem, on effectuait une comparaison des résultats cliniques des femmes afro-américaines démunies sur le plan économique et traitées contre le cancer du sein avant et après l'introduction d'intervenants-pivots. À la suite de la mise en œuvre du programme d'orientation des patients, le taux de survie quinquennal s'est accru de 39 à 70 p. cent. Ces résultats ont été publiés dans le *Journal of the American College of Surgeons* et *Cancer*. Il semble que l'amélioration des résultats au centre hospitalier de Harlem soit attribuable à deux facteurs principaux : les examens cliniques des seins gratuits et à coût réduit, qui ont permis d'effectuer le dépistage précoce de résultats anormaux, et l'orientation des patients, qui a permis d'assurer le diagnostic et le traitement en temps opportun.

Bien qu'il n'y ait pas de données accessibles sur les coûts et économies du programme initial d'orientation des patients, en général, les coûts d'orientation sont tributaires des besoins et des objectifs du programme. En ce qui concerne les programmes qui exigent seulement l'orientation des ressources du système médical, des gens non spécialistes peuvent être embauchés à un coût réduit. Si un programme exige d'être doté d'un intervenant-pivot ayant reçu une formation davantage spécialisée, comme une infirmière en oncologie, les coûts s'accroissent en conséquence. Le National Cancer Institute et l'ACS parrainent un programme de recherche en orientation des patients à neuf établissements ainsi qu'une évaluation continue de l'incidence et de la rentabilité du programme.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme d'orientation des patients a d'abord été mis en œuvre à Harlem afin d'aborder les disparités liées au traitement du cancer du sein chez les femmes afro-américaines. Toutefois, à ce jour, on utilise et on met en œuvre le programme d'orientation des patients qui s'applique à une vaste gamme de cancers, de maladies chroniques et de populations à risque, notamment les Autochtones, les collectivités asiatiques et les résidents en milieu rural.

Depuis cette innovation déterminante en 1990, des centaines de programmes d'orientation des patients différents ont été établis partout aux États-Unis et ailleurs dans le monde, notamment au Canada, en Australie et en Europe. Aux États-Unis, la pratique inaugurale a servi de modèle à la *Patient Navigator Outreach and Chronic Disease Prevention Act* de 2005 (loi américaine concernant les services d'approche des intervenants-pivots pour les patients et la prévention des maladies chroniques), qui autorisait l'affectation de 25 millions de dollars américains afin d'établir des services d'orientation pour les collectivités démunies et en milieu rural dans tout le pays.

Peu après la mise en œuvre de services d'orientation des patients à New York, Cancer Care Nova Scotia a commencé à mettre en place un service similaire, le [Nova Scotia Cancer Navigation program](#) (programme d'orientation pour les patients atteints du cancer de la Nouvelle-Écosse). Ce programme avait pour objectif d'améliorer la qualité des soins en munissant les patients de l'information nécessaire, en leur offrant un soutien et en coordonnant leurs rendez-vous. Un rapport d'évaluation officiel publié en 2004 par Cancer Care Nova Scotia confirmait que les patients atteints du cancer et leurs familles ont bénéficié du programme de façon importante en ce qui concerne la gestion des troubles affectifs, les besoins en matière d'information et les défis sur le plan logistique liés au traitement du cancer. Des programmes d'orientation ont maintenant été établis dans presque toutes les provinces au Canada.

## SITE WEB DE LA PRATIQUE :

<http://www.hpfreemanpni.org/>

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Amber Paquette

Titre : Stratège en développement

Organisme : Harold P. Freeman Patient Navigation Institute

Courriel : [apaquette@hpfreemanpni.org](mailto:apaquette@hpfreemanpni.org)

Téléphone : 1-646-380-4060

Dernière mise à jour : Juillet 2013

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



**Publications :**

Freeman, H.P. *Patient navigation: A community based strategy to reduce cancer disparities*, dans *Journal of Urban Health*, vol. 83, n° 2, 2006, p. 139–141.

Freeman, H.P. et R.L. Rodrigues. *History and principles of patient navigation*, dans *Cancer*, vol. 117, n° 15, 2001, p. 3537–3540.

Oluwole, S.F., Ali, A., Adu, A., Blane, B.P., Barlow, B., Oropeza, R. et H.P. Freeman. *Impact of a cancer screening program on breast cancer stage at diagnosis in a medically underserved urban community*, dans *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 196, n° 2, 2003, p. 180–188.

Walkinshaw, E. *Patient navigators becoming the norm in Canada*, dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, n° 15, 2011, p. 1109-1110.

**External Source:** <http://www.hpfreemanpni.org/>



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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



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

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

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

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

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

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

Nom : Cheryl Forchuk

Titre : Chercheuse principale

Organisme : Université Western Ontario/Lawson Health Research Institute

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

Téléphone : 519 685-8500, poste 77034

Dernière mise à jour : Juin 2013

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

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

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

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

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

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

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

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



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

# Programme de consultations externes intensives en réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés

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

**APERÇU :** Cette pratique aborde le besoin d'accroître l'accès aux services de réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés à l'aide d'une équipe interprofessionnelle qui aide les patients à réintégrer leur collectivité. Cette pratique a été lancée en octobre 2011 dans deux collectivités de la Vancouver Island Health Authority (VIHA).

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme de consultations externes intensives en réadaptation compte des cliniques à Victoria et à Nanaimo pour les patients qui ont des niveaux d'invalidité modérés à la suite d'un AVC ainsi que pour les patients amputés. Le programme de consultations externes en réadaptation d'une durée de six à huit semaines propose une solution de rechange à la réadaptation traditionnelle offerte en milieu hospitalier aux patients hospitalisés en leur permettant de demeurer à la maison et de recevoir les services dans des établissements communautaires. L'équipe interprofessionnelle qui offre le programme est composée de physiothérapeutes, d'infirmières autorisées, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, d'assistants en réadaptation, de commis d'unités, d'orthophonistes, de prothésistes et de psychiatres.

L'équipe du programme de consultations externes intensives en réadaptation examine les patients (orientés par des médecins généralistes) afin de déterminer s'ils sont admissibles au programme, puis elle collabore avec l'équipe chargée des soins des patients hospitalisés afin d'assurer la transition de ces derniers vers les consultations externes afin qu'ils puissent avoir accès à des services de réadaptation dans des établissements communautaires.

## RÉPERCUSSIONS :

L'équipe de la Vancouver Island Health Authority a recueilli les données des résultats à la fin de l'année et fait les constats suivants :

- Il y avait 129 patients inscrits au programme de consultations externes intensives en réadaptation.
- La durée du séjour à l'hôpital des patients inscrits au programme a diminué de :
  - onze jours pour les patients victimes d'un AVC à Nanaimo;
  - huit jours pour les patients amputés à Nanaimo;
  - huit jours pour les patients amputés à Victoria.
  - Environ 2 490 jours d'hospitalisation ont été épargnés, ce qui a permis de réaliser des économies de plus de 2,5 millions de dollars.
  - Les mesures de l'autonomie fonctionnelle au moment du congé, pour les deux groupes de patients, étaient supérieures à la moyenne nationale en 2009-2010 pour les patients hospitalisés qui quittaient des unités de réadaptation d'intensité élevée.

Les données des résultats donnent à entendre qu'un programme interprofessionnel de consultations externes intensives en réadaptation peut répondre de manière efficace aux besoins de ces groupes de patients tout en étant rentable. Des évaluations continues se poursuivront pendant la mise sur pied de ce modèle de soins au fur et à mesure qu'il prendra de l'expansion à l'échelle de la Vancouver Island Health Authority.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



La VIHA a choisi de poursuivre le programme de consultations externes intensives en réadaptation et d'élargir les critères de manière à inclure des groupes de patients complexes dans l'ensemble de la région de la santé. L'expansion de ce genre de programme est une partie intégrante du plan stratégique. Des programmes similaires sont offerts aux États-Unis. Il y a également un programme de consultations externes intensives en réadaptation à l'Hôpital général de Woodstock, en Ontario. Le programme de consultations externes intensives en réadaptation de l'Hôpital général de Woodstock a donné des résultats positifs pour les patients inscrits. Une évaluation officielle est en cours de planification.

**SITE WEB DE LA PRATIQUE :** [http://www.viha.ca/adult\\_rehab\\_services/outpatient\\_programs/iorp.htm](http://www.viha.ca/adult_rehab_services/outpatient_programs/iorp.htm)

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Marci Ekland, directrice, services de réadaptation et développement de programmes régionaux externes

Organisme : Vancouver Island Health Authority

Courriel : [marci.ekland@viha.ca](mailto:marci.ekland@viha.ca)

Téléphone : 250-755-7681, poste 52333

Dernière mise à jour : Le 10 juillet 2013

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

**Autres :**

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé (2013) :  
<http://www.cchl-ccls.ca/assets/awardsprogram/15,877-3M%20Health%20Awards...>

Woodstock Hospital. (sans date). *Intensive Rehabilitation Outpatient Program (IROP)*. Extrait de  
[http://www.wgh.on.ca/wgh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=53...](http://www.wgh.on.ca/wgh/index.php?option=com_content&view=article&id=53...)

**External Source:** [http://www.viha.ca/adult\\_rehab\\_services/outpatient\\_programs/iorp.htm](http://www.viha.ca/adult_rehab_services/outpatient_programs/iorp.htm)





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

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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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





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

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

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

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

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Monika Stein

Titre : Gestionnaire, programmes de réduction des méfaits

Organisme : Vancouver Coastal Health

Courriel : [monika.stein@vch.ca](mailto:monika.stein@vch.ca)

Téléphone : s. o.

Dernière mise à jour : Août 2013

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

##### **Publications :**

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

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

##### **Autres :**

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

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



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

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



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

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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

External Source: [N/a](#)



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

# 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](mailto: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/](http://www.nfb.ca/film/drawing_from_life/)

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