



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

## Thème : Soins axés sur le patient (vol. 2)

Janvier 2014



Health Council of Canada  
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

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

### 1. Plateforme dans les médias sociaux de Quinte Pediatrics and Adolescent Medicine

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2008 - 01:00	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://quintepediatrics.com/">http://quintepediatrics.com/</a>
---	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice vise à simplifier la prestation des soins aux patients pédiatriques à l'aide des médias sociaux, c'est-à-dire Facebook, Twitter et les applications des téléphones intelligents. Cette pratique, qui a débuté dans un milieu clinique à Belleville, fait appel à un médecin et à une spécialiste des médias sociaux.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Sara Hamil **Titre :** Directrice, Médias sociaux et communications **Organisme :** Quinte Pediatrics and Adolescent Medicine **Courriel :** sara@quintepediatrics.com **Téléphone :** 613-966-1999 **Dernière mise à jour :** 2013

### 2. Le programme d'infirmier du centre de santé Sherbourne

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

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

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

Implementation Year: Mercredi, mars 2, 2011 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.runnymedentalcentre.com/">http://www.runnymedentalcentre.com/</a>
--	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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



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

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2011 - 00:15	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://ycptoronto.weebly.com/">http://ycptoronto.weebly.com/</a>
--	--------------------------	--

##### SNAPSHOT:

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

##### CONTACT INFORMATION:

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

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

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

##### SNAPSHOT:

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

##### CONTACT INFORMATION:

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

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

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

##### SNAPSHOT:

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

##### CONTACT INFORMATION:

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

#### 7. Seniors Home Health Program (SHHP) (programme de santé à domicile pour les aînés (PSDA))

<b>Implementation Year:</b> Lundi, février 3, 1997 - 00:30	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.ajhs.ca/primary-health-care-services/seniors-home-health-program-shhp">http://www.ajhs.ca/primary-health-care-services/seniors-home-health-program-shhp</a>
--	--------------------------	--

##### SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde la question consistant à trouver des moyens de garder les personnes âgées en perte d'autonomie, isolées et/ou confinées chez elles à leur propre domicile et à l'extérieur des établissements de soins de longue durée et des salles d'urgence, en toute sécurité et aussi longtemps que possible. Le programme a été inauguré en Ontario en 1997 dans un centre de santé communautaire.

##### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Margaret Cheung **Titre :** Directrice des soins de santé primaires **Organisme :** Anne Johnston Health Station **Courriel :** [margaretc@ajhs.ca](mailto:margaretc@ajhs.ca)



Numéro de téléphone : 416-486-8666, poste 246 Dernière mise à jour : 3 mai 2013

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

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

### SNAPSHOT:

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

### CONTACT INFORMATION:

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

## 9. Prevention Olympics (Les Jeux olympiques de la prévention)

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
--	--------------------------	--------------------------

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à améliorer la détermination et la prestation des soins préventifs aux patients dans des populations ciblées. L'initiative a été lancée en Ontario en 2010 dans le cadre de la pratique d'une équipe universitaire de santé familiale.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Erica Battram **Titre :** Gestionnaire clinique **Organisme :** Équipe universitaire de santé familiale de L'Hôpital d'Ottawa **Courriel :** [ebattram@toh.on.ca](mailto:ebattram@toh.on.ca) **Téléphone :** 613-798-5555, poste 17774 Dernière mise à jour : Le 3 mai 2013

## 10. MedicAlert Accès en route : le projet d'échange d'information MedicAlert

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2012 - 01:00	<b>Location:</b> Nouvelle-Écosse	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gov.ns.ca/health/ehs/medicAlert.asp">http://www.gov.ns.ca/health/ehs/medicAlert.asp</a>
--	----------------------------------	--

### SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice permet aux ambulanciers paramédicaux d'accéder au dossier médical d'urgence MedicAlert à partir de l'ambulance et de l'inclure au dossier électronique de soins du patient.

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Robert Ridge **Titre :** Président et chef de la direction **Organisme :** La Fondation canadienne MedicAlert **Courriel :** [rridge@medicalert.ca](mailto:rridge@medicalert.ca) **Téléphone :** 416-490-3522

## 11. Télésoins à domicile en Ontario

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2007 - 01:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

### SNAPSHOT:

### CONTACT INFORMATION:

**Nom :** Laurie Poole **Titre :** Vice-présidente, Solutions de télémédecine **Organisme :** Réseau Télémédecine Ontario **Courriel :** [lpoole@otn.ca](mailto:lpoole@otn.ca) **Numéro de**



téléphone : 416-446-4110, poste 4233

## 12. Priorité aux résidents

Implementation Year: Vendredi, janvier 1, 2010 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.quality-improvement/long-term-care">http://www.quality-improvement/long-term-care</a>
--	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gayle Stuart Titre : Gestionnaire de programme, Priorité aux résidents Organisme : Qualité des services de santé Ontario Courriel : [gayle.stuart@hqontario.ca](mailto:gayle.stuart@hqontario.ca) Téléphone : 416-323-6868

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

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

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

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

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

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

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

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

## 15. Health Upwardly Mobile (HUM) Inc.

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2012 - 00:45	Location: Alberta	Practice Website: <a href="http://www.healthupwardlymobile.net/">http://www.healthupwardlymobile.net/</a>
--	-------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Mme Sue Newton Titre : Vice-présidente et directrice des opérations Organisme : Health Upwardly Mobile (HUM) Inc. Courriel : [suenewton@humassociates.net](mailto:suenewton@humassociates.net)

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

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



**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

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

**17. Collaboration entre Frontenac Community Mental Health and Addiction Services et Providence Care pour la transition de la clientèle hospitalisée vers la collectivité**

Implementation Year: Mardi, février 1, 2011 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.pccchealth.org/cms/sitem.cfm/our_sites/mental_health_services/">http://www.pccchealth.org/cms/sitem.cfm/our_sites/mental_health_services/</a>
---	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Alan Mathany Titre : Directeur, Développement de systèmes Organismes : Frontenac Community Mental Health and Addiction Services et Providence Care-Mental Health Services Courriel : amathany@fcmhs.ca Téléphone : 613-544-1356, poste 4213

**18. Hôpital virtuel, Équipe de santé familiale South East Toronto**

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.cadth.ca/products/environmental-scanning/environmental-scans/environmental-scan-27">http://www.cadth.ca/products/environmental-scanning/environmental-scans/environmental-scan-27</a>
---	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Dr Thuy-Nga (Tia) Pham Titre : Médecin de famille en chef Organisme : Équipe de santé familiale South East Toronto (South East Toronto FHT) Courriel : thuynga.pham@utoronto.ca

**19. Planification intégrée des congés**

Implementation Year: Mercredi, février 2, 2011 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website: <a href="http://www.headwatershealth.ca/">http://www.headwatershealth.ca/</a>
--	-------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Mary Wheelwright Titre : Directrice de programme, Réadaptation, médecine et soins de longue durée complexes Organisme : Headwaters Health Care Centre Courriel : mwheelwright@headwatershealth.ca

**20. Soins complets intégrés**

Implementation Year: Vendredi, février 3, 2012 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website:
--	-------------------	-------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Nom : Carolyn Gosse Organisme : St. Joseph's Healthcare, Hamilton Courriel : cgosse@stjosham.on.ca

**21. Seniors Managing Independent Living Easily (SMILE)**



<b>Implementation Year:</b> Dimanche, février 3, 2008 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.von.ca">http://www.von.ca</a>
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lori Cooper Titre : Directrice générale de district, services de soutien communautaire Organisme : Les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada), district Southeast Courriel : [lori.cooper@von.ca](mailto:lori.cooper@von.ca)

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

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2000 - 01:00	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.westpark.org/Services/ABICommunityOutreachService.aspx">http://www.westpark.org/Services/ABICommunityOutreachService.aspx</a>
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

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

## 23. Conseil de la santé de Cudworth

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

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

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

## 24. Partenariats interorganisationnels pour les cas de maladies complexes : le modèle intégré des soins complexes

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.sickkids.ca/PaediatricMedicine/What-we-do/Complex-Care-Clinic/Index.html#ComplexCareProgram">http://www.sickkids.ca/PaediatricMedicine/What-we-do/Complex-Care-Clinic/Index.html#ComplexCareProgram</a>
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Eyal Cohen Organisme : The Hospital for Sick Children Courriel : [eyal.cohen@sickkids.ca](mailto:eyal.cohen@sickkids.ca) Téléphone : 416-813-7654

## 25. Programme Community Agency Notification (Avis aux organismes communautaires)

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2011 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://torontoems.ca/community-paramedicine/can">http://torontoems.ca/community-paramedicine/can</a>
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:



**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** John Klich **Titre :** Directeur, Programme communautaire de services paramédicaux **Organisme :** Service médical d'urgence de Toronto **Courriel :** jklich@toronto.ca **Téléphone :** 416-392-3881

**26. Cancer Care Ontario's Provincial Patient and Family Advisory Council**

<b>Implementation Year:</b> Mercredi, février 3, 2010 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://ocp.cancercare.on.ca/strategic_priorities/patient_experience/">http://ocp.cancercare.on.ca/strategic_priorities/patient_experience/</a>
--	--------------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Esther Green **Titre :** Directrice provinciale, Soins infirmiers et oncologie psychosociale **Organisme :** Action Cancer Ontario **Courriel :** esther.green@cancercare.on.ca **Téléphone :** 416-971-9800, poste 2278

**27. Programme de soins à domicile pour les Autochtones, Région sanitaire de Regina qu'appelle**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2006 - 00:30	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=437">http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=437</a>
--	-------------------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Pour plus de renseignements sur ce programme, voir [http://www.rqhealth.ca/programs/comm\\_hlth\\_services/homecare/homecare.shtml](http://www.rqhealth.ca/programs/comm_hlth_services/homecare/homecare.shtml).

**28. Les rapports sur les indicateurs des soins à domicile de Qualité des services de santé Ontario**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 12, 2010 - 00:15	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.hqontario.ca/">http://www.hqontario.ca/</a>
---	--------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** N/A **Title:** N/A **Organization:** Health Quality Ontario **Email address:** <mailto:info@hqontario.ca> **Phone number:** 416-323-6868

**29. Chez soi avant tout**

<b>Implementation Year:</b>	<b>Location:</b> Nouvelle-Écosse	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.cdha.nshealth.ca/continuing-care/innovative-programs">http://www.cdha.nshealth.ca/continuing-care/innovative-programs</a>
-----------------------------	----------------------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** John McCarthy **Title:** Board Development Officer **Organization:** Capital Health **Email address:** <mailto:John.McCarthy@cdha.nshealth.ca> **Phone number:** (902) 473-1143 **Last updated:** N/A

**30. Philosophie de Chez soi avant tout**

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2007 - 00:30	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.lhincollaborative.ca/Page.aspx?id=1902">http://www.lhincollaborative.ca/Page.aspx?id=1902</a>
---	--------------------------	---





**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Name:** Liane Fernandes **Title:** Interim Senior Director **Organization:** LHIN Collaborative **Email address:** liane.fernandes@lhins.on.ca **Telephone number:** 416-969-3891 **Last updated:** 30 November 2012 (checked November 30)



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

# Plateforme dans les médias sociaux de Quinte Pediatrics and Adolescent Medicine

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

**APERÇU :** Cette pratique novatrice vise à simplifier la prestation des soins aux patients pédiatriques à l'aide des médias sociaux, c'est-à-dire Facebook, Twitter et les applications des téléphones intelligents. Cette pratique, qui a débuté dans un milieu clinique à Belleville, fait appel à un médecin et à une spécialiste des médias sociaux.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Quinte Pediatrics and Adolescent Medicine (QP) est une pratique pédiatrique communautaire à Belleville, en Ontario, qui prodigue des soins médicaux aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents. L'équipe QP voulait « abattre les murs de sa pratique », tisser des liens dans la collectivité avec les familles de ses patients, partager des ressources dignes de confiance et utiles et établir des rapports avec d'autres professionnels de la santé.

L'équipe QP a embauché une directrice des médias sociaux et des communications, Sara Hamil, qui est un élément clé pour réaliser ces objectifs. La directrice gère le profil de la communauté QP en ligne, en s'engageant auprès des patients, en lançant des conversations, en supervisant les ressources en ligne et en créant du contenu général pour un blogue, la chaîne YouTube ainsi que d'autres plateformes.

Le Dr Dempsey, le pédiatre principal chez QP, a commencé par créer son propre compte Twitter. Avec l'aide de la spécialiste des médias sociaux, QP a aussi eu droit à son compte Twitter, puis à sa page Facebook et, plus récemment, à son profil sur LinkedIn, YouTube et FourSquare. L'équipe QP propose maintenant aux patients des ressources qu'ils ont vérifiées et jugées crédibles sur son site Web.

## RÉPERCUSSIONS :

Bien qu'elle ait été mise sur pied en 2008, cette pratique novatrice n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle à cette étape-ci. Les observations et les témoignages personnels donnent à entendre que cette pratique pourrait donner des résultats positifs sur la santé. Cette initiative a été bien accueillie, car elle vise à déloger les obstacles que les gens se mettent dans la tête lorsqu'il s'agit de consulter un fournisseur de soins de santé. En ligne, la plateforme de QP dans les médias sociaux compte 1 051 adeptes sur Twitter, 460 mentions J'aime sur Facebook et 98 enregistrements sur FourSquare. L'un des avantages inattendus de cette pratique novatrice est que les membres de l'équipe QP se sont aperçus que leur communauté s'étend au-delà de Belleville et qu'ils ont créé des liens avec des partenaires aux quatre coins du Canada ainsi qu'à l'échelle internationale. Les patients, qui ont également participé à cette conversation sur les médias sociaux, sont devenus des partenaires avec QP et se sont associés les uns avec les autres.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La plateforme de QP dans les médias sociaux n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs de cette façon-là. Cela dit, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux et de nombreux médecins, hôpitaux et praticiens commencent à utiliser une configuration des plateformes dans les médias sociaux pour accomplir leur travail.

L'équipe QP suggère aux intervenants qui aimeraient mettre en place cette pratique de commencer par exécuter des tâches simples afin d'ouvrir les voies de communication, comme afficher en ligne les heures d'ouverture, les membres du personnel qui sont absents et les personnes qui les remplacent. L'équipe QP a commencé par un site Web et cherche à déterminer quels sont les utilisateurs de ce genre de plateforme dans les médias sociaux. Les membres de l'équipe ont découvert que les jeunes familles aiment utiliser Facebook, que les adolescents aiment texter et que Twitter est utilisé par des partenaires du domaine des soins de santé dans la collectivité ainsi que par certains parents. Cette constatation aide à déterminer les endroits où afficher certains messages en fonction du public ciblé et du message à faire passer.



**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Sara Hamil  
Titre : Directrice, Médias sociaux et communications  
Organisme : Quinte Pediatrics and Adolescent Medicine  
Courriel : [sara@quintepediatrics.com](mailto:sara@quintepediatrics.com)  
Téléphone : 613-966-1999  
Dernière mise à jour : 2013

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

**Autres :**

Quinte Pediatrics & Adolescent Medicine. (15 avril 2013). *Guest post: Quinte Pediatrics' social media voice reaches far beyond Quinte region*. Extrait de :

<http://quintepediatrics.com/2013/04/guest-post-quinte-pediatrics-social-media-voice-reaches-far-beyond-quinte-region/>

Queen's University. (16 avril 2013). *Doctor and social media specialist: The new front line of health care*. Extrait de :

<http://connellyonline.ca/SoMe/GR-April-16-2013.pdf>

**External Source:** <http://quintepediatrics.com/>



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

# Le programme d'infirmierie du centre de santé Sherbourne

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

**APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

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

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>re</sup> Laura Pripstein  
Titre : Directrice médicale  
Organisme : Sherbourne Health Centre  
Téléphone : 416-324-5064  
Dernière mise à jour : Le 14 juin 2013

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

**Autres :**

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

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

Goar, C. (25 avril 2013). Sherbourne Health Centre improves cancer care for Toronto's homeless. *Toronto Star*. Extrait de :  
[http://www.thestar.com/opinion/commentary/2013/04/25/sherbourne\\_health\\_centre\\_improves\\_cancer\\_care\\_for\\_torontos\\_homeless\\_goar.html](http://www.thestar.com/opinion/commentary/2013/04/25/sherbourne_health_centre_improves_cancer_care_for_torontos_homeless_goar.html)

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

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



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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Nom : D<sup>re</sup> Natalie Archer  
Titre :  
Organisme : Centre dentaire Runnymede  
Courriel : [runnymededental@drarcher.ca](mailto:runnymededental@drarcher.ca)  
Téléphone : 416-763-2000  
Dernière mise à jour : Le 1<sup>er</sup> mai 2013

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

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

Archer, N. (entrevue, examen et rétroaction, 1<sup>er</sup> mai 2013). [Runnymede Dental Centre].

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

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

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



canadien de la santé (2012).

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





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

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

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

### APERÇU :

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

### RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nom : Larisa MacSween

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

Organisme : Hospice Toronto

Courriel : [larisa.macsween@hospicetoronto.ca](mailto:larisa.macsween@hospicetoronto.ca)

Numéro de téléphone : 416-364-1666

Dernière mise à jour : 17 avril 2013

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



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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

##### **Autre :**

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



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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Nom : Ginette Rodger

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

Organisme : L'Hôpital d'Ottawa

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

Téléphone : 613-737-8749

Dernière mise à jour : Le 5 avril 2013

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

##### **Autre :**

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

##### **External Source:**

<http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/InterProfessionalModelofPatientCare>



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

# Seniors Home Health Program (SHHP) (programme de santé à domicile pour les aînés (PSDA))

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde la question consistant à trouver des moyens de garder les personnes âgées en perte d'autonomie, isolées et/ou confinées chez elles à leur propre domicile et à l'extérieur des établissements de soins de longue durée et des salles d'urgence, en toute sécurité et aussi longtemps que possible. Le programme a été inauguré en Ontario en 1997 dans un centre de santé communautaire.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La recherche a bien étayé par des documents la complexité des soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie. L'identification précoce de changements ou la détérioration de la santé entraînera une intervention rapide et la prévention possible de l'admission dans les hôpitaux ou des visites aux salles d'urgence. C'est en s'appuyant sur cette conviction que le Seniors Home Health Program (SHHP) (programme de santé à domicile pour les aînés) au centre de santé communautaire The Anne Johnston Health Station (AJHS) a été créé en 1997 afin d'aider les personnes âgées (55 ans et plus) vivant dans la circonscription hospitalière du AJHS. Depuis lors, le programme SHHP offre des soins de santé interdisciplinaires holistiques à plus de trois mille personnes âgées qui sont en perte d'autonomie, isolées et/ou confinées chez elles pour des raisons de santé physique et/ou mentale.

Le programme SHHP a pour but de garder les personnes âgées en perte d'autonomie, isolées et/ou confinées chez elles à leur propre domicile, à l'extérieur des établissements de soins de longue durée et des salles d'urgence des hôpitaux, en toute sécurité et aussi longtemps que possible. Plus précisément, le programme SHHP réunit une équipe interdisciplinaire de fournisseurs de soins de santé, notamment des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, un ergothérapeute, un podologue, un diététicien autorisé et un pharmacien directement au domicile du client, en offrant une surveillance continue de son état de santé, aussi souvent que nécessaire. Avant qu'un client soit accepté dans le cadre du programme SHHP, le fournisseur de services demandé visitera le client à son domicile pour une évaluation initiale, selon les critères établis afin de déterminer l'admissibilité des clients.

Le programme SHHP dessert environ 150 à 200 clients par année. Mis à part les médecins, les infirmières praticiennes et les infirmières de premier recours, l'équipe est également appuyée par un groupe de professionnels paramédicaux, notamment un ergothérapeute, un diététicien, un thérapeute, un éducateur sanitaire et un pharmacien. L'équipe du programme SHHP maintient également des relations et partenariats en étroite collaboration avec d'autres organismes communautaires, notamment le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC), Seniors Peoples Resources In North Toronto (SPRINT) et le Programme régional des soins gériatriques (PRSG).

## RÉPERCUSSIONS :

L'évaluation du programme SHHP est continue. Une réunion des fournisseurs de services a lieu toutes les six semaines afin d'assurer la coordination des soins et d'examiner les problèmes particuliers du client qui ont été soulevés, aux fins de résolution de problèmes et de gestion de cas. Un plan de soins sert de moyen d'évaluation des résultats individuels. Un sondage sur la satisfaction de la clientèle est mené chaque année.

La rétroaction des clients et de leurs réseaux sociaux démontre que pour les aînés, le programme SHHP diminue considérablement l'anxiété, le stress et l'effort physique associés au fait de devoir quitter leur domicile pour se rendre à leurs rendez-vous dans les établissements de soins de santé communautaires. Cela permet un accès facile à une multitude de



services pour lesquels une personne devrait payer dans le privé. Le centre de santé communautaire AJHS a découvert qu'un grand nombre de clients du programme SHHP seraient dans l'incapacité d'assumer les frais de ces services dans le privé et s'en passeraient donc.

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

Découlant de la philosophie du programme SHHP, un programme de promotion de la santé, intitulé SAGE (*Seniors Achieving Greater Esteem*) (les personnes âgées jouissant d'une meilleure estime), a vu le jour. Il s'agit d'un programme social pour les personnes âgées en perte d'autonomie, isolées et/ou confinées chez elles. Le centre de santé communautaire AJHS assure le transport, des services d'auxiliaires et un après-midi de divertissements pour les clients très dépendants qui seraient autrement dans l'incapacité de participer à des activités sociales à l'extérieur de leur domicile. La création de nombreuses amitiés est favorisée à l'aide de ce programme de promotion de la santé.

Au cours des années passées, la philosophie, la conception et la mise en œuvre du programme SHHP ont été reconnus par un certain nombre de centres de santé communautaires et d'équipes de santé familiale de la province comme modèle de soins, particulièrement pour les cas complexes de clients en perte d'autonomie, et qui est applicable, en théorie, à d'autres milieux. Pour les planificateurs de soins de santé et les compétences intéressés à adapter le modèle, certaines difficultés liées à la prestation du programme SHHP subsistent. Par exemple, les visites à domicile dans le cadre du programme SHHP sont chronophages. Les fournisseurs de services essaient d'organiser leurs visites à domicile pour la journée selon la région géographique afin de réduire la durée du transport d'un domicile à l'autre. La communication entre les fournisseurs peut poser une difficulté en raison du fait que la plus grande partie du travail dans le cadre du programme SHHP est effectué dans la collectivité, à l'extérieur du bureau du centre de santé communautaire AJHS. Avec l'utilisation d'un dossier de santé totalement électronique (DSE), les fournisseurs peuvent envoyer des notes par voie électronique concernant les soins des clients et la coordination du système d'orientation-recours à l'interne peut être effectuée facilement. Le DSE permet également aux fournisseurs de se connecter à distance au logiciel des DSE du centre de santé communautaire AJHS et d'avoir accès à toutes les données médicales et démographiques d'un client.

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

Nom : Margaret Cheung  
Titre : Directrice des soins de santé primaires  
Organisme : Anne Johnston Health Station  
Courriel : [margaretc@ajhs.ca](mailto:margaretc@ajhs.ca)  
Numéro de téléphone : 416-486-8666, poste 246  
Dernière mise à jour : 3 mai 2013

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

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

Cheung, M. (Examen et rétroaction, 3 mai 2013). [Anne Johnston Health Station].

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

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

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

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

**External Source:** <http://www.ajhs.ca/primary-health-care-services/seniors-home-health-program-shhp>





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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nom : Carole Hamp

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

Organisme : Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

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

Téléphone : 416-591-7800, poste 33



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



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

# Prevention Olympics (Les Jeux olympiques de la prévention)

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

## APERÇU :

Cette pratique novatrice vise à améliorer la détermination et la prestation des soins préventifs aux patients dans des populations ciblées. L'initiative a été lancée en Ontario en 2010 dans le cadre de la pratique d'une équipe universitaire de santé familiale.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les soins de santé préventifs constituent l'une des pierres angulaires des soins primaires. La promotion de la santé n'est cependant pas suffisamment mise en valeur, malgré les taux élevés de maladies évitables. La situation a été aggravée par le manque de continuité de différents fournisseurs qui semblent souvent travailler en vase clos. En 2010, l'équipe a organisé une initiative de prévention collégiale, quoique compétitive, les Jeux olympiques de la prévention, en s'appuyant sur les cinq priorités liées aux pratiques préventives en Ontario afin d'améliorer le rendement de notre pratique à l'aide d'un système interdisciplinaire coordonné pour déterminer et prodiguer des soins préventifs à des patients dans des populations ciblées pour lesquels le moment était venu de se soumettre à un dépistage.

L'initiative de prévention comportait les étapes suivantes :

- 1) la détermination et la publication du rendement de base de chaque fournisseur selon les données contenues dans le dossier médical électronique (DME);
- 2) la détermination des patients ayant besoin de pratiques préventives;
- 3) un remue-méninges en vue de la tenue d'une campagne de sensibilisation des fournisseurs aux processus d'amélioration des services de prévention;
- 4) une sensibilisation auprès des patients;
- 5) la constitution de quatre équipes cliniques pour une compétition amicale;
- 6) le suivi des données et le bilan comparatif avec le DME;
- 7) la publication mensuelle des résultats (pendant environ huit semaines) et la détermination des domaines prioritaires.

Les critères du ministère de la Santé de l'Ontario dictaient quels patients devaient être ciblés pour les cinq priorités en matière de pratiques préventives en Ontario (la vaccination, la grippe ainsi que le dépistage du cancer du sein, du côlon et du col utérin). Les groupes d'âge ciblés et les échéances pour chaque critère reposaient sur les lignes directrices des pratiques exemplaires actuelles, notamment une mammographie à tous les deux ans. L'un des objectifs importants de cette initiative consistait à mettre en place un système qui permettrait aux patients qui en auraient besoin de subir n'importe quel type de dépistage préventif. À l'aide du dossier médical électronique, un protocole a été créé afin de passer en revue les rapports qui identifiaient les patients admissibles, selon l'âge, le sexe, etc., puis de les décomposer afin de faire ressortir les patients pour lesquels le moment était venu de se soumettre à un dépistage. Une feuille de calcul était utilisée pour suivre les patients qui avaient subi le dépistage ainsi que ceux qui devaient se soumettre à des tests en attente.

Bien que l'organisation de l'initiative de prévention initiale comme une « compétition amicale » entre quatre équipes cliniques



ait encouragé la participation, l'incidence durable de la pratique est l'élaboration d'un protocole afin de déterminer les patients pour lesquels le moment était venu de se soumettre à un dépistage, de coordonner leurs soins et de faire un suivi dans le but de s'assurer que les priorités provinciales relatives au dépistage soient respectées. Aucun autre financement n'a été fourni pour cette initiative et la pratique a été instaurée dans le but d'être intégrée à la pratique clinique courante et de contribuer à l'optimiser.

#### **RÉPERCUSSIONS :**

La pratique n'a pas été évaluée officiellement. Les commentaires des patients ont été positifs et les statistiques continuent de s'améliorer d'année en année. Par exemple, grâce à l'approche orientée sur une équipe interdisciplinaire, les cabinets de médecins ont connu un accroissement de 20 à 30 % de l'adoption des activités de prévention par les patients, comme le dépistage du cancer du côlon et les vaccinations. En plus de cette réussite, nous avons apporté d'autres améliorations à nos stratégies de promotion de la santé et de prévention.

Sur le plan anecdotique, les patients ont affirmé être plus satisfaits de notre initiative et apprécier nos soins proactifs. Grâce à une plus grande participation des patients et des fournisseurs, nous avons été en mesure d'offrir davantage de services préventifs et de fournir un bilan comparatif des données plus exact afin de déterminer correctement les patients que nous devons cibler. Le dépistage préventif continue de s'améliorer d'année en année.

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

Cette approche novatrice s'étend maintenant au programme de lutte contre le diabète qui aide à faire en sorte que les patients diabétiques fassent mesurer leurs taux d'hémoglobine A1C chaque année. La pratique a également été communiquée à d'autres équipes de santé familiale locales. Cette approche peut théoriquement être adoptée dans d'autres équipes de soins primaires et de soins spécialisés. Les principaux aspects comprenaient : des mesures des données de référence, une planification du changement qui mettait toute l'équipe à contribution ainsi qu'un suivi des stratégies de mise en œuvre et des retombées.

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

Nom : Erica Battram  
Titre : Gestionnaire clinique  
Organisme : Équipe universitaire de santé familiale de L'Hôpital d'Ottawa  
Courriel : [ebattram@toh.on.ca](mailto:ebattram@toh.on.ca)  
Téléphone : 613-798-5555, poste 17774  
Dernière mise à jour : Le 3 mai 2013

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

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

Battram, E. (rétroaction et examen, 3 mai 2013). [Équipe universitaire de santé familiale de L'Hôpital d'Ottawa].

##### ***Publications***

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

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

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



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

# MedicAlert Accès en route : le projet d'échange d'information MedicAlert

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Dossiers de santé électroniques
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

**APERÇU :** Cette pratique novatrice permet aux ambulanciers paramédicaux d'accéder au dossier médical d'urgence MedicAlert à partir de l'ambulance et de l'inclure au dossier électronique de soins du patient.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme MedicAlert Accès en route donne aux ambulanciers paramédicaux un accès instantané aux dossiers de santé MedicAlert en reliant directement les renseignements médicaux d'urgence fournis par le patient aux premiers répondants à l'aide d'une connexion sans fil. Le programme, qui est le premier système du genre au Canada, a été mis en place dans l'ensemble de la Nouvelle-Écosse. Il vise à faire en sorte que les répondants aient accès à des renseignements de santé de grande qualité avant d'arriver sur les lieux d'un incident afin de s'assurer que le patient reçoive le meilleur traitement possible. Les trois partenaires concernés par le programme sont le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Inforoute Santé du Canada et la Fondation canadienne MedicAlert.

Grâce à ce nouveau système, les ambulanciers paramédicaux peuvent consulter le dossier de santé d'urgence MedicAlert à partir de l'ambulance et l'inclure dans le dossier électronique de soins du patient. Lorsqu'il reçoit un appel 911, le répartiteur des urgences demande à la personne si elle est membre de MedicAlert. Si c'est le cas, le numéro d'identification MedicAlert est entré puis envoyé à l'ambulance qui intervient. Les ambulanciers paramédicaux se servent du numéro pour consulter les renseignements sur le patient dans la base de données MedicAlert à l'aide de leur tablette électronique grâce à une connexion sans fil. Ils se servent ensuite du logiciel Siren ePCR, conçu par Medusa Medical Technologies, pour noter les soins qu'ils prodiguent au patient. Les ambulanciers paramédicaux peuvent également consulter la fiche du patient afin d'obtenir des données essentielles telles que les allergies, les médicaments et les coordonnées du médecin. La consultation du dossier du patient déclenche également le service d'assistance MedicAlert, qui est offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin d'aviser les membres de la famille qui figurent sur la liste.

Le programme s'adresse aux quelque 43 500 Néo-Écossais qui sont inscrits au programme MedicAlert, un organisme de bienfaisance national. Ces personnes de tout âge souffrent d'une maladie chronique, comme le diabète, l'hypertension, l'asthme et des allergies graves, portent des prothèses médicales ou ont des besoins spéciaux.

Le système contribuera à susciter un échange d'information plus complet et intégré entre les soins ambulatoires, les services d'urgence, les médecins de premier recours et les autres sources de services aux patients. Le modèle peut être utilisé pour permettre à d'autres professionnels de la santé, comme le personnel des services d'urgence, d'avoir un accès rapide et sécurisé aux renseignements de MedicAlert.

## RÉPERCUSSIONS :

Le programme est en cours d'évaluation.

Les premières réactions des ambulanciers paramédicaux ont été très positives. Le système leur a permis de mieux se préparer à un incident et de donner le traitement avec plus d'assurance compte tenu de la fiabilité du dossier MedicAlert. L'une des difficultés est que, comme seulement 3 % des Néo-Écossais sont membres de MedicAlert, l'accès au système est peu fréquent, ce qui complique la mise à niveau continue des connaissances et des compétences que les ambulanciers paramédicaux doivent posséder pour se servir du système.

Une recherche préliminaire réalisée en 2010 a révélé que le lien MedicAlert avait été utilisé dans 42 % des ambulances. Ce lien fait maintenant partie des services de santé d'urgence courants dans la province.

Une enquête préliminaire sur l'utilisation a été effectuée par la D<sup>re</sup> Alix Carter, directrice médicale de la recherche et médecin



responsable de la surveillance médicale pour les Services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse. Une étude de suivi plus détaillée a dû être mise de côté en raison d'autres priorités. MedicAlert continue de collaborer avec le département des services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse afin de procéder à une étude d'impact.

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

La deuxième phase du programme en Nouvelle-Écosse consistera notamment à établir un lien sans fil entre l'ambulance et le service des urgences de l'hôpital qui accueille le patient.

Les possibilités d'étendre ce programme ou des services similaires à d'autres provinces ou territoires du Canada sont nombreuses. MedicAlert est actuellement en pourparlers avec plusieurs instances afin d'élargir la disponibilité du service. MedicAlert a notamment offert le service aux municipalités qui possèdent le système Medusa, y compris la municipalité régionale de York dans la région du Grand Toronto. Le module est en voie d'être intégré au système Medusa afin que toutes les administrations qui mettent leur système à niveau puissent profiter du lien Accès en route.

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

Nom : Robert Ridge  
Titre : Président et chef de la direction  
Organisme : La Fondation canadienne MedicAlert  
Courriel : [rridge@medicalert.ca](mailto:rridge@medicalert.ca)  
Téléphone : 416-490-3522

Dernière mise à jour : Le 10 avril 2013

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

##### **Autres :**

- Ridge, R. (2012). Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national sur les soins de santé intégrés du Conseil canadien de la santé.
- Inforoute Santé du Canada. (s.d.). *Les renseignements de MedicAlert accessibles en ligne dans les ambulances en Nouvelle-Écosse*. Extrait de : <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/progres-au-canada/experiences-et-perspectives/les-renseignements-de-medicalert-accessibles-en-ligne-dans-les-ambulances-en-nouvelle-ecosse>
- Fondation canadienne MedicAlert. (23 avril 2009). *Soins d'urgence améliorés pour les Néo-Écossais*. Extrait de : <http://www.medicalert.ca/fr/about/releases/2009-04-23.asp>

**External Source:** <http://www.gov.ns.ca/health/ehs/medicAlert.asp>



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

## Télésoins à domicile en Ontario

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2007, le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) a inauguré un programme pilote de télésoins à domicile (TSD) en une phase et collaboré avec huit équipes de santé familiale (ESF) afin de recruter plus de 800 participants atteints d'insuffisance cardiaque congestive et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). On a effectué l'installation d'une unité de surveillance à distance à leur domicile afin de transmettre leur pression sanguine, poids et autres mesures tous les jours. Les infirmières en télésoins à domicile ont mené des séances de surveillance régulière de la santé dans le but d'aider les personnes et leurs soignants à acquérir les compétences et la confiance nécessaires afin d'assurer une meilleure prise en charge de leur maladie chronique.

Le programme de la première phase a démontré que la prise en charge réussie de la maladie chronique doit être effectuée tous les jours au domicile ainsi que dans les milieux de soins de santé primaires et communautaires de la personne atteinte d'une maladie chronique et avec la participation active des personnes et de leurs soignants. Étant donné l'ampleur des maladies chroniques en Ontario, le modèle d'ESF, bien qu'il ait été réussi dans le cadre du programme de la première phase, n'était pas entièrement extensible. Par l'entremise de ce programme, seulement une partie de la population de la province touchée par la maladie chronique pouvait profiter des TSD, donc l'adoption d'un modèle de prestation de services à l'échelle des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui est accessible à tous les fournisseurs de soins de santé touchera une population beaucoup plus importante. Au cours des derniers mois, les RLISS adopteurs précoces ont collaboré avec leurs fournisseurs de soins de santé afin d'élaborer un modèle intégré et coordonné de soins à l'aide des TSD en tant qu'outil habilitant. Cela comporte le choix d'un organisme hôte (c.-à-d. le centre d'accès aux soins communautaires ou l'hôpital) afin de financer un groupe central d'infirmières en TSD. Ces infirmières peuvent être situées au sein de l'organisme hôte ou réparties dans l'ensemble du RLISS, travaillant avec les fournisseurs de soins de santé primaires et communautaires dans le cadre d'une équipe de collaboration. Pour assurer le fonctionnement des TSD, les infirmières devront favoriser l'établissement de relations tout au long du continuum de soins afin d'offrir un soutien aux patients de façon efficace.

Deux des trois RLISS ont commencé à recruter des patients dans le but d'avoir 2 200 patients inscrits d'ici le 31 mars 2013. Étant donné la gestion du changement associé à ce programme de transformation, le RTO appuie très activement les RLISS en ce qui concerne leurs exigences opérationnelles et cliniques ainsi que les stratégies de participation des médecins et de recrutement des patients.

### RÉPERCUSSIONS :

Plusieurs études, notamment le programme de la première phase, ont démontré que l'identification précoce des exacerbations et des compétences améliorées en autogestion des patients à l'aide de l'utilisation des TSD améliore la probabilité d'éviter des hospitalisations évitables ainsi que des visites aux salles d'urgence et des admissions aux services de soins de longue durée pouvant être évitées.

L'évaluation du programme de la première phase a démontré des taux élevés de satisfaction des patients et des fournisseurs ainsi qu'une réduction importante des hospitalisations et des visites aux salles d'urgence. Les ESF qui ont travaillé en collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé communautaires afin de coordonner les soins aux patients ont éprouvé moins de difficultés concernant le recrutement des patients et l'adoption par les fournisseurs.

Toronto Health Economics and Technology Assessment (THETA), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et l'Université de Toronto mettent au point la méthodologie d'évaluation concernant le programme de développement. On évaluera un certain nombre de secteurs, notamment l'expérience du patient, l'incidence du système ainsi que les coûts et modèles de soins.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :





Tirant parti des bons résultats du programme de la première phase, le RTO procède actuellement à la mise en œuvre d'un programme de développement provincial des TSD en commençant avec trois RLISS adopteurs précoces. D'ici la troisième année, plus de 30 000 personnes seront inscrites dans l'ensemble des 14 RLISS.

Avec le développement des TSD en Ontario, il s'avère possible de restructurer la prise en charge de la maladie chronique en dehors des établissements de soins de santé.

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

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

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

Nom : Laurie Poole  
Titre : Vice-présidente, Solutions de télémédecine  
Organisme : Réseau Télémédecine Ontario  
Courriel : [lpoule@otn.ca](mailto:lpoule@otn.ca)  
Numéro de téléphone : 416-446-4110, poste 4233

Dernière mise à jour : 12 avril 2013



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

## Priorité aux résidents

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les soins de longue durée font maintenant partie intégrante des soins de santé au Canada et d'autres efforts sont nécessaires pour faire en sorte que les aînés reçoivent des soins adéquats au bon endroit. Priorité aux résidents est une initiative d'amélioration de la qualité globale et novatrice en Ontario qui aide les foyers de soins de longue durée à créer un environnement qui améliore la qualité de vie des résidents. L'initiative Priorité aux résidents facilite également un changement complet et durable en renforçant les capacités d'amélioration de la qualité du secteur des soins de longue durée.

Priorité aux résidents est une initiative quinquennale de Qualité des soins de santé Ontario (QSSO) lancée en 2009 grâce à un financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Une formation a été donnée par des experts en amélioration de la qualité de QSSO. Cette initiative axée sur le partenariat a été conçue avec la contribution d'un large éventail d'intervenants, y compris des organismes qui représentaient les foyers de soins de longue durée, les résidents et leur famille. Ces groupes continuent d'y contribuer en tant que membres du comité directeur provincial qui guide la mise en œuvre.

Les foyers qui participent au programme Priorité aux résidents bénéficient d'une formation destinée à soutenir leurs efforts d'amélioration de la qualité dans des domaines qui ont des retombées importantes sur la qualité de vie des résidents, comme la prévention des chutes et des plaies de pression, les soutiens comportementaux, l'utilisation du service des urgences, les soins aux personnes incontinentes et la continuité des soins pour les résidents. L'initiative Priorité aux résidents propose différents volets de formation, de facilitation et d'accompagnement personnalisés en amélioration de la qualité pour les dirigeants et le personnel qui œuvrent dans le secteur des soins de longue durée. Ces volets sont :

#### 1. Qualité de la direction

Ce volet vise à renforcer la capacité des dirigeants dans les branches des soins de longue durée en Ontario à mener et à concrétiser une amélioration de la qualité comme une stratégie clé pour accomplir leur mission et pour atteindre les objectifs de l'ensemble du secteur. Le programme, qui reconnaît l'influence majeure des dirigeants dans le cheminement vers l'amélioration de la qualité dans leurs régions, repose sur la pratique exemplaire pour soutenir les réalisations des dirigeants en matière d'amélioration de la qualité. L'engagement partagé de tous les participants vise à poursuivre le mandat de l'initiative Priorité aux résidents, qui consiste à accroître les capacités d'amélioration afin que la qualité des soins prodigués à chaque résident d'un foyer de soins de longue durée en Ontario soit la meilleure au Canada et comparable à celle des plus grandes compétences au monde.

#### 2. Apprentissage coopératif

Chaque foyer participant forme une équipe d'amélioration de la qualité composée de cinq membres qui doit se joindre à un collectif d'apprentissage Priorité aux résidents. À l'aide de ce modèle de collectif d'apprentissage, les équipes se penchent sur le même sujet et établissent des cibles communes, des mesures et des concepts pour le changement. Des ateliers d'apprentissage enseignent aux participants comment mettre en application les outils et les méthodes d'amélioration de la qualité dans leur propre pratique et les encouragent à partager leurs expériences. Les équipes d'amélioration de la qualité sont épaulées tout au long de ce processus par des responsables de l'amélioration, des outils Web et des communications. Les équipes produisent des rapports mensuels sur leurs progrès et leurs difficultés et échangent de l'information dans le cadre de téléconférences mensuelles et de sept réunions en tête-à-tête échelonnées sur une période de neuf mois.

#### 3. Formation sur l'amélioration

Une formation intensive, en personne, de sept jours axée sur le modèle d'amélioration et les méthodes Lean a été donnée dans la foulée de l'initiative Priorité aux résidents. L'initiative Priorité aux résidents s'est associée au projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement Behavioural Supports Ontario (BSO) dans le but d'offrir une version condensée de la formation de sept jours. Cette formation de trois jours avec un responsable de l'amélioration portait principalement sur les



interactions des clients de BSO avec les soins dans l'ensemble du système de santé. La troisième journée visait à aider le responsable de l'amélioration à mettre en application les connaissances et les compétences nouvellement acquises afin d'inculquer des comportements adaptés.

#### 4. Amélioration des processus LEAN

LEAN est une méthode d'amélioration de la qualité qui fait appel à plusieurs des outils et méthodes utilisés dans les systèmes d'amélioration de la qualité généraux. Les techniques LEAN sont employées par les équipes de première ligne, qui sont des expertes en la matière, pour réorganiser leurs processus. LEAN est une occasion pour les équipes d'amélioration de la qualité de se concentrer exclusivement sur l'analyse et la reconfiguration d'un processus clé particulier qui est indispensable à la qualité. Les équipes examinent les processus d'acheminement du travail dans les foyers, cherchent des moyens pour diminuer le chevauchement, uniformisent les étapes incompatibles et éliminent tout travail qui n'apporte pas une valeur ajoutée aux résidents.

Le programme Priorité aux résidents est unique au Canada dans le sens où il offre une formation sur l'amélioration de la qualité qui s'adresse précisément aux foyers de soins de longue durée d'un bout à l'autre de la province et qu'il permet de mesurer et de suivre les progrès individuels des foyers. Ce caractère unique justifie les efforts déployés par le personnel et les administrateurs afin d'améliorer la qualité et favorise une meilleure reddition de comptes. Tous les outils sont accessibles en ligne. Depuis le mois d'octobre 2012, l'initiative Priorité aux résidents a permis de former 1 966 employés et dirigeants en soins de longue durée aux quatre coins de la province et 90 % des foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont participé volontairement à l'un des volets d'apprentissage de l'initiative. En outre, 575 dirigeants ont suivi la formation sur la qualité de la direction, une formation axée sur les équipes a été donnée dans 433 foyers et 877 responsables de l'amélioration ont été formés. L'initiative prendra fin en 2014.

#### RÉPERCUSSIONS :

Au moment de rédiger ces lignes, l'initiative Priorité aux résidents est encore en cours et aucune évaluation officielle n'a été effectuée. Par contre, des foyers participants ont donné à entendre que les résidents et le personnel ont observé des effets positifs importants sur l'environnement des soins prodigués dans leur foyer grâce au programme. Un projet d'amélioration de la qualité au centre de soins Leisureworld d'Etobicoke a permis de réduire les chutes de 5,3 à 1,9 par semaine et de diminuer de façon considérable les infections des voies urinaires, qui figuraient parmi les principales causes de transfert des résidents au service des urgences. Les données ont indiqué que la diminution des transferts a permis d'éviter des coûts de 162 000 \$.

En plus des expériences fructueuses observées, QSSO fait des comptes rendus trimestriels sur les résultats liés à la qualité pour les foyers de soins de longue durée sur son site Web (<http://www.hqontario.ca/rapports/soins-de-longue-durée>) qui sont accessibles en fonction du code postal ou des réseaux locaux d'intégration de la santé. QSSO fait des rapports sur 12 indicateurs de qualité provinciaux, y compris les chutes, les plaies de pression, l'incontinence et le matériel de contention dans les foyers. Ces indicateurs peuvent servir à suivre les progrès de cette initiative même si, au moment d'écrire ces lignes, les données n'avaient pas été rassemblées en vue d'une évaluation officielle du programme.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des initiatives similaires destinées à renforcer les capacités, qui ont été mises sur pied aux États-Unis et au Royaume-Uni (avec un accent sur les soins palliatifs) au début des années 2000, ont donné des résultats positifs et suscité un intérêt accru pour les techniques d'amélioration de la qualité parmi les personnes qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée. Aux États-Unis, un programme appelé Advance Excellence in America's Nursing Homes (faire avancer l'excellence dans les foyers de soins infirmiers en Amérique) a été étudié afin de concevoir le programme Priorité aux résidents en Ontario. L'initiative Priorité aux résidents s'appuie également sur les leçons retenues d'une autre stratégie de renforcement des capacités en Ontario appelée Behavioral Supports Ontario, qui apporte un soutien en cas de troubles du comportement. Le programme Priorité aux résidents, qui a pris de l'expansion dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée de l'Ontario, pourrait probablement être transféré à d'autres compétences.

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

- Qualité des services de santé Ontario. (mars 2011). *Rapports sur les soins de longue durée*.  
<http://www.hqontario.ca/rapports/soins-de-longue-durée>
- Institut de recherche en politiques publiques. (24 janvier 2011). *Advancing quality in Ontario long-term care*.  
<http://www.irpp.org/events/archive/20110124/dobell.pdf>
- Griffin, T., Thomas, K. et Sawkins, N. (2009). 'Going for Gold': GSF in care homes training programme. *End of Life Care Journal*, 3(1).



<http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=DEFDBA446-C61C-4714-9C9B-F229DB3112DA&mode=link&guid=9d9423c7b38d49c9b74c02cdc95f1aa2>

- Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C. et Casler, R. (10 mars 2005). *Long-term care quality: Historical overview and current initiatives*. Washington, DC: National Commission for Quality Long-Term Care.  
<http://www.newschool.edu/lccc/pdf/txBackground03-10-05FINAL.pdf>
- Kissam, S., Gifford, D., Parks, P., Patry, G., Palmer, L. Wilkes, L., ... Barnette, L. (16 mai 2003). Approaches to quality improvement in nursing homes: Lessons learned from the six-state pilot of CMS's Nursing Home Quality Initiative. *BMC Geriatrics*, 3. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-3-2.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (s.d.). *Favoriser la qualité dans les foyers de soins de longue durée en Ontario* [brochure]. <http://www.residents1.ca/documents/communicationsnewsletters/rfbrochureenpdf>
- Site web Priorité aux résidents. <http://www.residents1.ca/>
- Stuart, G (communication personnelle : entrevue et rétroaction). Qualité des services de santé Ontario (22 mars 2013)

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Gayle Stuart  
Titre : Gestionnaire de programme, Priorité aux résidents  
Organisme : Qualité des services de santé Ontario  
Courriel : [gayle.stuart@hqontario.ca](mailto:gayle.stuart@hqontario.ca)  
Téléphone : 416-323-6868

Dernière mise à jour : 7 mars 2013

**External Source:** [http://www.quality-improvement/long-term-care\\_](http://www.quality-improvement/long-term-care_)



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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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

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



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

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

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

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

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

#### **LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES SUIVANTES :**

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

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

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

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



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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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



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

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

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

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

#### PERSONNE-RESSOURCE :

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

Dernière mise à jour : 21 mars 2013

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





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

## Health Upwardly Mobile (HUM) Inc.

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Même si les idées qui se rapportent à la pensée, au corps et à l'esprit dans le contexte de la santé et de la maladie sont anciennes, ce n'est que récemment que les paradigmes bio-psycho-sociaux-spirituels sont devenus une norme. Lorsqu'ils traitent des patients qui souffrent d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie, les fournisseurs de soins de santé se concentrent souvent sur la gestion des symptômes ou du comportement plutôt que d'adopter une approche holistique qui tient compte de toutes les facettes de la personne dans le contexte d'une maladie quelconque qui peut être sous-jacente. De nombreux patients décrivent à quel point l'approche de Health Upwardly Mobile (HUM) à l'égard de l'évaluation et du traitement est unique, pas seulement à Calgary, mais à l'échelle de la province et du pays. Ces patients se basent sur leurs expériences personnelles, antérieures et présentes, dans le système de soins de santé.

À HUM, tous les nouveaux patients sont soumis à une évaluation complète en trois temps qui prévoit des rencontres avec une infirmière autorisée, un psychologue agréé et un médecin qui possèdent tous des connaissances et des compétences spécialisées dans les domaines de la toxicomanie, de la santé mentale, de la douleur chronique et de la santé au travail. Des tests psychologiques et des analyses de sang ou d'urine sont également effectués pendant ce processus. On procède à une évaluation holistique qui explore les dimensions biologiques, psychosociales et spirituelles de la personne avant de recommander un traitement. En ce qui concerne les patients qui sont aux prises avec une toxicomanie, une maladie mentale ou une douleur chronique, nous traitons la personne dans son intégralité — plutôt que de nous concentrer uniquement sur la gestion du comportement ou de la médication — à l'aide d'une thérapie individuelle ou de groupe.

### RÉPERCUSSIONS :

L'approche de HUM est fondée sur des données probantes et les évaluations de la pratique reposent sur des comptes rendus personnels et des témoignages. Ces évaluations comprennent également des observations informelles sur la contribution de HUM aux soins de santé, en particulier aux soins liés à la toxicomanie, à la santé mentale et à la douleur chronique. Les patients sont orientés vers HUM à partir de différents secteurs du système médical lorsqu'il n'y a pas d'autres possibilités pour les soigner. Ces patients, qui luttent souvent contre une toxicomanie ou une douleur chronique, se sont tournés vers toutes les ressources du système public. Les fournisseurs de soins de santé locaux qui orientent des patients de longue date vers HUM considèrent clairement cet organisme comme une ressource digne de confiance. De plus, les patients ont hâte d'être soutenus par une équipe de professionnels qui les aidera à répondre à l'ensemble de leurs besoins en soins de santé.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

HUM est né de l'expérience de différents fournisseurs de soins de santé qui ont constaté la nécessité d'avoir un programme qui fait ressortir l'importance d'une évaluation complète et d'un rétablissement holistique au lieu de se concentrer uniquement sur la gestion du comportement et de la médication. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'autres programmes interprofessionnels qui mettent un accent important sur l'évaluation initiale, le rétablissement holistique et les soins continus pour les patients qui ont des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou de douleur chronique. Cela dit, le modèle de HUM pourrait être reproduit et transféré ailleurs. Ce modèle est mis en œuvre, en partie, par différents fournisseurs de soins de santé aux quatre coins du Canada (surtout en Alberta et en Ontario) ainsi qu'aux États-Unis, où on a entendu parler du programme de HUM à l'occasion de congrès médicaux provinciaux, nationaux et internationaux.

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

<http://www.healthupwardlymobile.net/>



Présentation externe de Paige Abbott, HUM

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : M<sup>me</sup> Sue Newton  
Titre : Vice-présidente et directrice des opérations  
Organisme : Health Upwardly Mobile (HUM) Inc.  
Courriel : [sunewton@humassociates.net](mailto:sunewton@humassociates.net)

Dernière mise à jour : 26 mars 2013

**External Source:** <http://www.healthupwardlymobile.net/>



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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

## RÉPERCUSSIONS :

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

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

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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



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

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Jodeme Goldhar

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

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

Courriel : [jodeme.goldhar@toronto.ccac-ont.ca](mailto:jodeme.goldhar@toronto.ccac-ont.ca)

Dernière version : 25 janvier 2013

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

[www.conseilcanadiendelasante.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations](http://www.conseilcanadiendelasante.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations)

**External Source:** [http://www.ccac-ont.ca/Upload/on/General/ICCP\\_Older\\_Adults\\_with\\_Complex\\_Needs.pdf](http://www.ccac-ont.ca/Upload/on/General/ICCP_Older_Adults_with_Complex_Needs.pdf)



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

# Collaboration entre Frontenac Community Mental Health and Addiction Services et Providence Care pour la transition de la clientèle hospitalisée vers la collectivité

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En prévision de l'ouverture d'un nouvel hôpital Providence Care à Kingston, en Ontario, le nombre de lits en santé mentale de Providence Care – Mental Health Services (PC-MHS) sera réduit du tiers d'ici décembre 2013. L'organisme à but non lucratif Frontenac Community Mental Health and Addiction Services (FCMHAS) offrira un service de résidence communautaire à plusieurs clients qui doivent retourner dans la collectivité, dont la plupart auront besoin de soutien clinique considérable et de soutien au logement. Ce projet s'adresse aux patients en hospitalisation prolongée, à diagnostic mixte ou en psychiatrie. Des équipes de traitement interprofessionnelles offriront des services à chaque client aussi longtemps que nécessaire. Une collaboration et une intégration à même le système amélioreront la capacité de ce système à aider les futurs clients afin qu'ils évitent l'hospitalisation.

Par le passé, les efforts pour retourner les patients dans la collectivité ne comportaient aucune réelle intégration des services. À la suite du congé, on avait constaté un manque de suivi entre l'hôpital et la vie dans la collectivité. Les clients étaient desservis par PC-MHS ou par FCMHAS, sans l'être aussi bien que si les deux conjuguait leurs efforts. Ce projet de transition a été conçu pour encourager la planification commune et le redéveloppement du système, en plaçant le client au centre de toutes les activités. L'objectif de cette transition est de créer un transfert et d'assurer un service sans heurts pour les clients de retour dans la collectivité après une hospitalisation, et d'assurer l'excellence de services intégrés. Le projet s'est amorcé à l'automne 2011 et sera terminé en décembre 2013.

Un groupe de travail sur la transition des clients (Client Transition Working Group, ou CTWG) a été mis sur pied et se compose de personnel de PC-MHS et de FCMHAS. Il comprend des employés des équipes de résidents, de l'accueil, du service aux patients hospitalisés, des équipes de traitement dynamique, des propriétés immobilières et des cadres supérieurs. Les rencontres de ce groupe de travail ont été conçues en fonction du modèle de gestion participative, des techniques d'analyse positive et des principes d'accompagnement des cadres de Providence Care afin de stimuler la participation au processus de planification. Les résultats ont été très positifs en ce qui touche l'engagement obtenu de toutes les personnes impliquées dans ce processus. Des équipes de traitement interprofessionnelles sont en cours de formation et se composent de personnel de divers secteurs du système. Elles permettront d'offrir des services aux clients, peu importe qu'ils se trouvent à l'hôpital ou dans la collectivité.

Le CTWG a créé un modèle d'équipe de service individuel qui mise sur les forces et travaille avec les deux organismes. Ce modèle vise à combler les lacunes et à surmonter les défis propres à chaque client. Il permet à l'individu de créer des liens avec une équipe qui travaillera avec le CTWG à établir le plan de transition et à prodiguer les soins au client au cours de tout le processus. Cette équipe se compose du client, de sa famille ou de son mandataire, de membres du personnel aux hospitalisations, du personnel de l'équipe de traitement dynamique, de résidents et d'autres membres du personnel, selon les besoins. Un plan-cadre de guérison sera utilisé.

## RÉPERCUSSIONS :

Le projet de transition sera évalué en fonction de sa capacité à assurer la stabilité à long terme des clients qui vivent dans la collectivité. Son évaluation sera réalisée au cours de 2013 par D<sup>r</sup> Terry Krupa, de l'Université Queen's. Le projet est toujours en cours et ne prendra fin qu'une fois tous les clients transférés dans la collectivité, soit vers décembre 2013. Le modèle utilisé a toutefois permis d'obtenir des résultats considérables en matière de coopération et de planification entre les services



hospitaliers et communautaires. On a constaté que les gens se montrent enthousiastes face à ce projet, et ce, même s'ils ne sont pas touchés sur le plan personnel par les résultats obtenus.

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

Le modèle de leadership participatif offert par Providence Care peut être appliqué à tous les systèmes de santé. Les techniques du « World Café » permettent une contribution significative à la planification à tous les niveaux du système ou entre ces systèmes. Il ne s'agit pas d'un modèle de consultation, mais plutôt d'un modèle de participation qui suscite un fort degré de participation chez toutes les personnes impliquées. L'information récoltée après chaque planification est riche par son applicabilité et pratique dans sa nature. Les gens sentent qu'ils font réellement partie du processus et s'y investissent parce qu'ils sentent qu'ils ont été entendus.

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

Nom : Alan Mathany  
Titre : Directeur, Développement de systèmes  
Organismes : Frontenac Community Mental Health and Addiction Services et Providence Care-Mental Health Services  
Courriel : [amathany@fcmhs.ca](mailto:amathany@fcmhs.ca)  
Téléphone : 613-544-1356, poste 4213

Dernière mise à jour : 18 décembre 2012

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

**External Source:** [http://www.pccchealth.org/cms/sitem.cfm/our\\_sites/mental\\_health\\_services/](http://www.pccchealth.org/cms/sitem.cfm/our_sites/mental_health_services/)



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

# Hôpital virtuel, Équipe de santé familiale South East Toronto

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les aînés du quartier East York de Toronto dont les besoins en matière de santé sont complexes sont réadmis au Toronto East General Hospital (TEGH) à une fréquence plus élevée que la moyenne à Toronto, en Ontario. Dans le but de mieux répondre aux besoins de cette population de patients complexes, un hôpital virtuel (virtual ward, ou VW) a été intégré à l'équipe de santé familiale South East Toronto (SETFHT), installée en face du TEGH. L'hôpital virtuel fait appel à un partenariat entre la SETFHT, le TEGH, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Centre-Toronto, Toronto Emergency Medical Services (EMS) et le Réseau de télémédecine de l'Ontario (RTO). L'hôpital virtuel a commencé à recruter des patients en 2010, et le CASC du Centre-Toronto s'est joint au groupe en 2011.

Les objectifs du programme sont d'offrir à ce segment de la population un suivi amélioré après le congé de l'hôpital, de repérer et d'aider le nombre croissant de patients « orphelins » qui n'ont pas accès à des soins de santé primaires et d'admettre ces patients à un hôpital virtuel afin de les aider dans leur transition vers la maison à la suite d'un séjour à l'hôpital. Le programme vise aussi à améliorer la continuité des soins et à réduire le nombre de visites aux urgences et de réadmissions à l'hôpital pour les patients qui, au moment de leur congé, sont considérés comme à haut risque de réadmission. La SETFHT regroupe des médecins qui acceptent de nouveaux patients; le service d'hôpital virtuel est donc offert aux patients orphelins, aux patients établis de l'équipe de santé familiale et aux autres patients à haut risque du secteur desservis par le TEGH qui ont un médecin de famille autre que ceux de l'équipe de santé familiale.

La gestion de l'hôpital virtuel est assurée par un auxiliaire au médecin qui travaille comme gestionnaire de cas clinique. Il est appuyé par une équipe interprofessionnelle qui comprend un médecin superviseur, un navigateur administratif, un pharmacien, une infirmière praticienne, un conseiller en santé mentale et toxicomanie et un coordonnateur des soins du CASC. Un auxiliaire au médecin rencontre le patient la journée précédant son congé de l'hôpital et établit s'il est à risque élevé de réadmission à l'aide de l'indice LACE. Les patients de plus de 65 ans dont l'indice est de plus de 9 sont inscrits à l'hôpital virtuel, et ceux qui n'ont pas de médecin de famille sont rattachés à un médecin de l'équipe de santé familiale. Une démarche de gestion de cas est entreprise. La surveillance assurée par l'hôpital virtuel comprend des appels téléphoniques quotidiens, une surveillance à distance des signes vitaux avec éducation à la santé et autogestion, des rondes quotidiennes par un auxiliaire au médecin et par le médecin de l'hôpital virtuel, des visites à domicile au besoin, un examen hebdomadaire du dossier et des notes mises à jour sur les progrès du patient dans le système électronique de l'hôpital et des conférences de cas hebdomadaires réunissant l'équipe interprofessionnelle. Pour les patients très complexes, le coordonnateur des soins s'implique de manière plus intensive avec la SETFHT, afin de créer un plan de soins de soutien commun et intégré. Ce plan peut inclure une visite à domicile commune par l'intermédiaire du programme intégré de soins primaires à domicile SETFHT-CASC; dans ce cas, un membre de la SETFHT, accompagné d'ambulanciers paramédicaux communautaires du CASC ou de Toronto EMS, peut effectuer une visite à domicile à un patient complexe confiné à domicile.

## RÉPERCUSSIONS :

Bien que le modèle d'hôpital virtuel soit en place depuis deux ans, il n'y avait bénéficié jusqu'à tout récemment d'aucun financement officiel pour réaliser son évaluation complète. Néanmoins, des mesures de résultats ont été recueillies, notamment concernant l'utilisation des soins de santé (p. ex. le nombre de réadmissions après 30 jours, le temps consacré à la surveillance par l'auxiliaire au médecin, les taux de retrait, la durée du séjour, le nombre de visites à l'équipe de santé familiale, les services du CASC); des sondages ont été aussi réalisés (p. ex. sur l'état de santé – questionnaire SF-12, l'utilisation des services de santé, l'expérience et la satisfaction du patient à l'aide du questionnaire de Picker du CNRC); des indicateurs cliniques conformément aux mesures du *Quality Improvement and Innovation Partnership* pour la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque congestive et le diabète; et les mesures d'amélioration de la qualité entourant le processus et les résultats dans le cadre de l'implication collaborative dans le programme d'amélioration de la qualité pour les médecins traitants responsables (AQ-MTR) du ministère de la Santé de l'Ontario.



Une évaluation du programme a été financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le cadre du programme du système de soins de santé primaires. Cette évaluation fera appel à des méthodologies mixtes pour examiner les effets du programme sur l'expérience du patient; l'expérience de l'hôpital virtuel par le fournisseur de soins de santé; le rattachement du patient à un médecin en soins primaires et l'utilisation de l'hôpital (réadmissions et visites aux urgences); et son évolutivité par rapport aux autres équipes de santé familiale en Ontario. L'étude de recherche est menée d'avril à décembre 2012. Certains éléments préliminaires semblent indiquer que le programme d'hôpital virtuel de la SETFHT, du point de vue des principaux intervenants, serait très positif<sup>1</sup>.

Une subvention BRIDGES (*Bridging Care for Frail Older Adults : A Study of Innovative Models Providing Home-based Care in Toronto*) des départements de médecine familiale et de médecine de l'Université de Toronto sera utilisée pour évaluer le programme de visites à domicile de l'hôpital virtuel. Le CASC du Centre-Toronto évaluera son propre travail dans le cadre du projet d'intégration des soins. Les objectifs particuliers de cette étude sont d'améliorer l'accès et de bâtir les capacités de prestation de soins primaires, spécialisés et communautaires pour les adultes confinés à domicile; d'étudier l'efficacité des modèles novateurs de soins primaires à domicile à améliorer les résultats pour le patient, les personnes soignantes, l'équipe et le système de santé; d'alimenter la préparation de boîtes à outils pour favoriser l'évolutivité et la diffusion de pratiques exemplaires et bâtir des capacités au sein du système et des réseaux qui contribueront aux possibilités de soins à domicile et de formation.

Le CASC du Centre-Toronto fera également l'objet d'une évaluation sur plusieurs années du partenariat entre divers secteurs. Les rencontres préliminaires entre les intervenants et d'autres équipes de santé familiale semblent indiquer qu'en vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, le programme d'hôpital virtuel a des effets directs sur les soins axés sur le patient et réduit le nombre des réadmissions évitables à l'hôpital. Ces éléments revêtent un intérêt direct, particulièrement dans les collectivités où les médecins des équipes de santé familiale sont aussi médecins membres du personnel des urgences et des hôpitaux de leur collectivité.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les hôpitaux virtuels ont été créés au Royaume-Uni en 2007, dans le cadre des *Primary Care Trusts*. L'efficacité des hôpitaux virtuels pour réduire les hospitalisations en Grande-Bretagne est actuellement étudiée par le Nuffield Trust. Les résultats de ces initiatives devraient être publiés en 2012. Le Royaume-Uni a recours à un outil d'évaluation des risques fondé sur la population pour identifier les patients susceptibles d'être admis à l'hôpital afin de prévenir de telles admissions en premier lieu, alors que l'hôpital virtuel du SETFHT utilise l'indice LACE pour identifier les patients à risque élevé de réadmission.

L'hôpital Trillium Health Partners ainsi que les départements de médecine familiale et les équipes de santé familiale qui y sont associés travaillent à la mise sur pied d'hôpitaux virtuels similaires en soins de santé primaires, tout comme l'équipe de santé familiale Prince Edward de Picton, en Ontario. Ces hôpitaux virtuels seront inaugurés à la fin du printemps 2013.

#### PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : D' Thuy-Nga (Tia) Pham  
Titre : Médecin de famille en chef  
Organisme : Équipe de santé familiale South East Toronto (South East Toronto FHT)  
Courriel : [thuyngha.pham@utoronto.ca](mailto:thuyngha.pham@utoronto.ca)

Nom : Kavita Mehta  
Titre : Directrice générale  
Organisme : Équipe de santé familiale South East Toronto (South East Toronto FHT)  
Courriel : [kavita.mehta@setfht.on.ca](mailto:kavita.mehta@setfht.on.ca)

Dernière mise à jour : 6 décembre 2012

1. Law, M. (2012). *Evaluation of the primary care virtual ward model: Preliminary progress report*. Toronto, ON : ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Recensé au [www.uwo.ca/fammed/csfm/siiren/documentation/AHRQ\\_Virtual\\_Ward\\_PreliminaryReport\\_Law\\_31Mar2012.pdf](http://www.uwo.ca/fammed/csfm/siiren/documentation/AHRQ_Virtual_Ward_PreliminaryReport_Law_31Mar2012.pdf)

External Source: <http://www.cadth.ca/products/environmental-scanning/environmental-scans/environmental-scan-27>





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

## Planification intégrée des congés

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le rôle de gestionnaire de cas de transition (*Transitional Case Manager*) est le résultat d'un partenariat novateur entre le Headwaters Health Care Centre (HHCC) et le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) Centre-Ouest, en Ontario. Il s'agissait au départ d'un projet pilote d'un an amorcé en 2011, mais sa réussite a mené à l'adoption récente du rôle d'un tel gestionnaire dans la pratique normale. Ensemble, les organismes ont mis sur pied une nouvelle structure de planification des congés visant à accélérer le processus et améliorer le cheminement à travers le système de santé pour les clients et leur famille. Traditionnellement, la planification des congés à l'hôpital ne s'amorçait pas avant qu'une bonne part du séjour du client à l'hôpital se soit écoulée, et n'impliquait que le CASC au moment du congé. Cette façon de faire ne permettait pas d'assurer une planification ou des ressources optimales. Des besoins n'étaient ainsi jamais identifiés et on constatait des lacunes dans le service aux clients une fois qu'ils étaient de retour dans la collectivité.

Ce nouveau modèle appuie la philosophie du programme *Chez soi avant tout* et contribue à la planification du congé en amorçant le travail de coordination nécessaire dès l'admission à l'hôpital. Il tient compte du fait que les deux organismes ont un rôle à jouer dans la planification des congés et dans la transition, et utilise les compétences et l'expertise des deux partenaires pour assurer une transition optimale des soins de courte durée vers la collectivité. Le rôle du gestionnaire de cas de transition allie la coordination du congé et la gestion de cas. Il se concentre sur le cheminement du patient et sur des transitions sans heurts à l'hôpital, notamment en aidant à la circulation des clients vers et hors de l'hôpital dans le cadre des services de soins externes, de la chirurgie ou du rapatriement des clients hors du CASC ou dans ce même centre. Le gestionnaire permet de relier le client aux autres organismes communautaires grâce à une plus grande sensibilisation aux services offerts par le CASC et à l'échange d'information lors du congé. Le projet s'adressait à tous les groupes d'âge et continue de cibler des populations multiples, de la pédiatrie à la gériatrie. Les malades chroniques ayant des besoins complexes accaparent la majeure partie de l'attention du gestionnaire de cas de transition et de l'équipe interprofessionnelle.

### RÉPERCUSSIONS :

Le projet pilote a été évalué. En 2010-2011 et 2011-2012, les mesures de résultats pour lesquelles des améliorations ont été constatées comprenaient entre autres une augmentation du pourcentage de clients qui ont reçu un congé et sont rentrés à la maison après une hospitalisation (de 72 % à 76 %), une diminution de la durée des séjours à l'hôpital (de 16,3 à 13,4 jours pour les patients en soins de longue durée complexes dans des lits d'évaluation et de rétablissement) et une augmentation du nombre de clients qui ont reçu leur congé avec l'aide du CASC (de 22 % à 31 %). Les avantages de ce modèle pour le client et sa famille sont entre autres un moins grand dédoublement du partage de l'information, une approche commune et un même langage à l'hôpital et au CASC, et une plus grande uniformité dans la coordination et le transfert sans heurts en vue du retour à la maison. Cette initiative a également permis une plus grande appréciation des rôles des partenaires et de leur expertise dans la planification des congés et des transferts.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien qu'on ait manifesté de l'intérêt pour le concept et que son succès ait été démontré, cette pratique n'a pas encore été reprise ailleurs à ce jour.

### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Mary Wheelwright  
Titre : Directrice de programme, Réadaptation, médecine et soins de longue durée complexes  
Organisme : Headwaters Health Care Centre  
Courriel : [mwheelwright@headwatershealth.ca](mailto:mwheelwright@headwatershealth.ca)



**SITE WEB PERTINENT :**

[www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations](http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations)

Dernière mise à jour : 5 décembre 2012

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



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

## Soins complets intégrés

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

St. Joseph's Health System (SJHS) participe à un projet-pilote sur la faisabilité d'un modèle de soins novateur qui intègre directement la transition des patients de l'hôpital vers la collectivité. St. Joseph's Healthcare de Hamilton et St. Joseph's Home Care de Hamilton, deux membres de SJHS, collaborent à cette initiative, pour laquelle l'inscription des patients s'est amorcée en mars 2012. Des patients des secteurs cliniques suivants ont été inclus au projet : chirurgie non urgente pour le remplacement volontaire total du genou, chirurgie thoracique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et insuffisance cardiaque congestive (ICC). Les objectifs du projet sont d'explorer les avantages d'une gestion de cas intégrée et de faire évoluer le modèle de gestion de cas actuel vers un modèle axé sur le patient, où celui-ci est accompagné dans tout le continuum.

Le coordonnateur des soins intégrés (CSI) joue un rôle crucial dans la réussite de ce projet. Cette personne coordonne les soins à travers tout le cheminement du patient et assure la transmission de l'information sur son état de santé et sur le continuum de services et de ressources afin de favoriser une meilleure autogestion par le client et une meilleure qualité des soins. Le CSI suit le patient dans les divers établissements afin de garantir la continuité de ses soins et travaille en collaboration avec tous les prestataires existants à l'hôpital et dans la collectivité. Il coordonne le processus avec des patients choisis à leur point d'entrée à St. Joseph's Healthcare Hamilton, c'est-à-dire avant leur chirurgie non urgente (pour les remplacements d'une articulation ou les chirurgies thoraciques), ou à leur arrivée aux urgences de St. Joseph's Healthcare à Hamilton (pour les maladies chroniques). Un exercice d'analyse du processus a été réalisé afin de s'assurer que toute l'équipe en comprenait bien le concept du point de vue du patient, et qu'elle disposait de toutes les chances possibles pour concevoir un processus de transition intégré amélioré. Un dossier médical électronique a été créé et déployé; il a permis à toute l'équipe de profiter d'un accès à distance en temps réel au dossier intégré du patient. Ceux-ci peuvent y accéder en toute sécurité à l'aide d'une tablette, d'un ordinateur portable ou d'un ordinateur de bureau. Les patients ont aussi accès à un membre de l'équipe jour et nuit, tous les jours. Les préoccupations des patients peuvent être dirigées vers le membre le plus apte à y répondre au sein de l'équipe soignante. L'accès en temps opportun à un membre de l'équipe possédant l'expertise nécessaire et qui peut passer en revue les soins à domicile dont a bénéficié un patient depuis son congé a évité un grand nombre de visites aux urgences.

### RÉPERCUSSIONS :

Le *Program for Assessment of Technology in Health* (PATH) procède actuellement à une évaluation indépendante du projet, qui comprend une évaluation des résultats cliniques pour les patients; les aspects relatifs au système lui-même tels que la qualité, la capacité et l'efficacité (durée du séjour, réadmissions, visites aux urgences); les préoccupations du patient (accessibilité, satisfaction et continuité des soins); et une comparaison avec le modèle de soins existant, notamment leurs coûts respectifs. Un questionnaire de satisfaction est remis au patient à son congé, puis 60 jours après son congé de l'hôpital. Le questionnaire au moment du congé porte sur les soins préhospitaliers et une fois admis, et le deuxième se concentre sur les foyers de transition et les soins à domicile.

À ce jour, il a été démontré que le projet réussit à mettre en place une collaboration au sein d'une équipe intégrée pour le soin de chaque patient. Il a également amélioré l'efficacité des visites à domicile, en réduisant de 50 % le temps nécessaire pour compléter la visite. Le dossier médical électronique intégré a favorisé une prestation de soin efficace et en temps opportun dans la collectivité. Un plan de soins intégré a été élaboré pour chaque groupe de patients, avec la participation de l'hôpital et des prestataires de soins à domicile. La satisfaction des patients à l'égard de ce mode de fonctionnement est très élevée; ils soulignent particulièrement la collaboration entre les membres de l'équipe et le fait de pouvoir compter sur un point de contact central.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

S'il réussit, ce modèle de soins complets et intégrés mettra en place les conditions nécessaires à un financement et à des soins regroupés. Le modèle de soins regroupés incite les prestataires à maximiser la qualité et l'efficacité, puisque le prestataire



absorbe les coûts des hospitalisations non nécessaires, d'éventuelles complications et de réadmissions. Il offre le potentiel nécessaire à la mise en place d'un meilleur modèle de soins, plus rapide et moins coûteux. SJHS estime que sa mise en œuvre à plus grande échelle permettrait de libérer bon nombre de ressources précieuses pour permettre aux Centres de santé communautaire de l'Ontario d'offrir de la gestion de cas aux patients souffrant de maladies chroniques et dans les cas plus complexes au sein du système de santé.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : Carolyn Gosse  
Organisme : St. Joseph's Healthcare, Hamilton  
Courriel : [cgosse@stjosham.on.ca](mailto:cgosse@stjosham.on.ca)

Dernière mise à jour : 18 décembre 2012



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

# Seniors Managing Independent Living Easily (SMILE)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

SMILE, un acronyme pour *Seniors Managing Independent Living Easily* (programme d'aide aux aînés pour une gestion facile de leur autonomie) est un programme régional du sud-est de l'Ontario dont la gestion est assurée par VON Canada (les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada). Ce programme est conçu pour offrir un soutien fonctionnel aux aînés fragiles de la région du RLISS du Sud-Est. Il permet aux aînés à risque de perte d'autonomie précoce de recevoir de l'aide dans les activités instrumentales de la vie quotidienne afin de demeurer chez eux et hors de l'hôpital et des centres de soins de longue durée. Le programme SMILE a été mis en place en 2008, et est financé par le RLISS dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le programme SMILE offre une approche éprouvée des soins centrés sur le client, qui repose sur le choix de ceux-ci. Il offre aux aînés diverses options pour la gestion de leurs soins, le choix des services qu'ils désirent et les prestataires pour ce faire. Les clients et les prestataires de soins créent les plans de traitement et en gardent le contrôle. Ce plan reflète à la fois les besoins établis à la suite de l'évaluation et les choix personnels du patient. Les clients du programme SMILE peuvent avoir recours aux prestataires de services traditionnels (agences ou organismes financés par le RLISS) ou non traditionnels (voisins, entreprises ou autres organismes communautaires).

## RÉPERCUSSIONS :

Le programme SMILE a des effets sur l'utilisation des soins à long terme. Garder les clients à la maison plus longtemps et éviter des placements à long terme sont les grands objectifs de SMILE. Pour en démontrer le succès, le programme a retracé 170 clients qui se trouvaient sur une liste d'attente pour des soins de longue durée lorsqu'ils ont été admis au programme SMILE, il y a 18 mois. SMILE a fait la preuve de son succès en ayant permis à des aînés de demeurer à la maison. Pour le système de santé, cette réussite a permis des économies de l'ordre de 4 597 575 \$, ou de 52 %.

Le programme a été conçu à partir des commentaires reçus par les aînés eux-mêmes; les commentaires continus des aînés et des personnes soignantes desservis par le programme sont donc essentiels. Un sondage est réalisé chaque année auprès de 10 % des clients. Le sondage le plus récent, réalisé en février 2012, a généré un taux de retour de 66,6 %. La majorité des clients continuent de faire part de leur satisfaction à propos du service, et 49 % estiment que leur santé physique s'est améliorée grâce au programme SMILE.

On trouvera ci-dessous des exemples de commentaires qui viennent appuyer le fait que le programme SMILE aide les aînés à demeurer à la maison, à rester hors des hôpitaux et à rester autonomes.

- « Depuis que j'ai reçu de l'aide de SMILE pour faire le ménage et pour les corvées à l'extérieur, je peux respirer un peu et rester hors de l'hôpital. Avant d'obtenir votre aide, j'étais à l'hôpital chaque semaine ou toutes les deux semaines. »
- « Ma sœur Marg est décédée récemment, le 10 novembre 2012. Elle a reçu plusieurs de vos services merveilleux au cours des dernières années, et je voulais vous dire que nous avons vraiment apprécié chacune de ces attentions. À ce que je comprends, le programme SMILE a donné de l'argent à Marg afin qu'elle puisse participer au programme de jour deux jours par semaine, ce qui incluait son transport. SMILE a aussi payé pour le ménage chez elle et pour son épicerie.

Au nom de ma famille, j'aimerais vous remercier sincèrement pour tous les services que vous lui avez offerts. Sans votre aide, Marg n'aurait pas pu rester dans son appartement aussi longtemps. Savoir qu'elle était en sécurité et que l'on veillait sur elle



a été très important pour moi et pour sa famille élargie. Elle a toujours dit qu'elle voulait rester dans son appartement aussi longtemps qu'elle le pourrait, et grâce à votre aide, elle y est parvenue. Que Dieu vous bénisse pour tout le travail que vous faites chaque jour pour améliorer la vie des aînés. »

En 2010, VON Canada a retenu les services de la firme Hollander Analytical Services Ltd pour mener une évaluation externe du programme SMILE. Les rapports d'évaluation finale ont été reçus de Hollanger en avril 2011. Bien que l'étude ait été en mesure de documenter les conclusions qui indiquent que les clients, leur famille et le système de santé dans son ensemble ont profité de répercussions positives, l'étude n'a pas été en mesure de démontrer de manière concluante ou quantitative les répercussions de SMILE dans le calendrier fourni pour l'évaluation.

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

En théorie, SMILE est applicable à d'autres contextes et les résultats positifs du programme pourraient être répétés ailleurs.

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

Nom : Lori Cooper  
Titre : Directrice générale de district, services de soutien communautaire  
Organisme : Les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada), district Southeast  
Courriel : [lori.cooper@von.ca](mailto:lori.cooper@von.ca)

Dernière mise à jour : 13 décembre 2012

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



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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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



## RÉPERCUSSIONS :

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

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

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

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

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

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

## PERSONNE-RESSOURCE :

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

Dernière mise à jour : Décembre 2012

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





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

## Conseil de la santé de Cudworth

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

### DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

### RÉPERCUSSIONS :



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

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

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

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

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

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

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

Dernière mise à jour : 18 décembre 2012

#### **Site Web d'intérêt :**

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

#### **LIEN EXTERNE :**

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

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



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

# Partenariats interorganisationnels pour les cas de maladies complexes : le modèle intégré des soins complexes

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Les enfants qui souffrent de maladies complexes sont un segment de la population en croissance, caractérisé par des maladies chroniques graves, des limites fonctionnelles et de multiples besoins exprimés par la famille. Ils font également une grande utilisation des ressources et nécessitent des services d'un large éventail de fournisseurs de nombreux établissements. Bien qu'ils ne constituent que 0,67 % des enfants en Ontario, ces cas complexes ont des interactions fréquentes avec tous les jalons du continuum de soins (c.-à-d. soins de courte durée, soins à domicile, soins primaires et réadaptation) et comptent parmi les plus grands utilisateurs de services de soins de santé de la province, avec le tiers de toutes les dépenses en santé des enfants. Il devient donc impératif de favoriser une intégration qui permettrait aux usagers de cheminer dans le labyrinthe complexe des services et des fournisseurs, d'optimiser les ressources, de réduire les coûts et, en fin de compte, d'améliorer les résultats pour la santé des enfants et des familles. Conscient de la nécessité d'intégrer les soins pour ce segment de la population, l'Hospital for Sick Children de Toronto (SickKids) a amorcé en 2009 une série de partenariats volontaires avec les hôpitaux locaux, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les centres de traitement pour enfants et les réseaux locaux d'intégration des soins de santé (RLISS) de Toronto, Barrie, Orillia, Mississauga et Brampton afin de mettre sur pied un modèle de soins complexes intégrés (Integrated Complex Care Model, ou ICCM) pour les enfants souffrant de maladies complexes.

L'ICCM crée un cercle de partenaires qui entoure l'enfant et sa famille et qui favorise la prestation de soins communautaires holistiques à la fois accessibles, continus, complets et coordonnés, animés par la compassion et centrés sur le patient et sa famille, tout en étant efficaces sur le plan culturel. Formulés autour du concept de « travailleur clé », ce modèle prend acte de la nécessité d'un responsable qui pourra cheminer à travers le réseau de la santé et les autres systèmes (éducation, services sociaux, ressources financières, loisirs, transport, etc.) et prendre en charge la coordination, la communication et le suivi du plan de traitement. La pierre angulaire de ce modèle est un plan écrit créé en partenariat avec la famille et disponible à l'intention de tous les fournisseurs du continuum de soins<sup>1</sup>.

## RÉPERCUSSIONS

Ces initiatives ont été évaluées dans le cadre de séries répétées d'études à méthodologies mixtes, comprenant entre autres des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion avec les principaux intervenants (familles, professionnels de la santé et gestionnaire de soins de santé), des évaluations préalables et après-coup (répercussions sur la famille, caractère centré sur la famille, qualité de vie de l'enfant, utilisation de ressources en santé) à l'aide de mesures normalisées, et ce, au début de la démarche, puis une année plus tard.

Une évaluation rigoureuse de ce modèle a démontré que les coûts mensuels par patient pour le système de santé peuvent être réduits, grâce entre autres à moins de jours d'hospitalisation des patients dans des établissements tertiaires. Les parents et les fournisseurs ont affirmé que l'un des grands avantages de cette approche est le fait de pouvoir obtenir les soins plus près de la maison. Les éléments qui facilitent la mise en place d'un modèle de soins intégrés sont entre autres le leadership, l'implication dans le partenariat, le temps, les rôles et responsabilités de chacun clairement définies et des stratégies de communication et de participation efficaces, qui s'adressent aux bons intervenants. Les obstacles politiques qui limitent le partage de l'information sur les clients entre les établissements et la collaboration avec les familles empêchent le déploiement de cette pratique, tout comme les modes de financement qui sont structurés autour de consultations pour des soins épisodiques. Les familles perçoivent la coordination des soins comme utile et apprécient le plan de traitement électronique qui tient compte à la fois des aspects médicaux et psychologiques des soins de l'enfant<sup>2</sup>.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ



Il existe un nombre croissant de modèles d'intégration des soins complexes au Canada, mais leur taille, leur étendue et leur viabilité demeurent limitées compte tenu des modes de financement actuels. Alors que les soins médicaux sont de plus en plus spécialisés, mettre à profit l'expertise acquise dans les centres spécialisés dans un milieu communautaire est devenu essentiel et a joué un rôle crucial dans l'évolution de l'ICCM.

#### PERSONNES-RESSOURCES

Nom : D<sup>r</sup> Eyal Cohen  
Organisme : The Hospital for Sick Children  
Courriel : [eyal.cohen@sickkids.ca](mailto:eyal.cohen@sickkids.ca)  
Téléphone : 416-813-7654

Nom : Cindy Bruce-Barrett  
Organisme : The Hospital for Sick Children  
Courriel : [cindy.bruce-barrett@sickkids.ca](mailto:cindy.bruce-barrett@sickkids.ca)

Dernière mise à jour : 19 novembre 2012

#### LIEN EXTERNE

[www.sickkids.ca/PaediatricMedicine/What-we-do/Complex-Care-Clinic/Index.html#ComplexCareProgram](http://www.sickkids.ca/PaediatricMedicine/What-we-do/Complex-Care-Clinic/Index.html#ComplexCareProgram)

1. Cohen, E., Bruce-Barrett, C., Kingsnorth, S., Keilty, K., Cooper, A., & Daub, S. (2011). *Integrated Complex Care Model: Lessons learned from inter-organizational partnership* [numéro spécial]. *Healthcare Quarterly*, 14: 64–70.
2. Cohen, E., Lacombe-Duncan, A., Spalding, K., MacInnis, J., Nicholas, D., Narayanan, U.G., ... Friedman, J.N. (2012). *Integrated complex care coordination for children with medical complexity: A mixed-methods evaluation of tertiary care-community collaboration*. *BMC Health Services Research*, 12, 366. doi: 10.1186/1472-6963-12-366.

#### External Source:

<http://www.sickkids.ca/PaediatricMedicine/What-we-do/Complex-Care-Clinic/Index.html#ComplexCareProgram>



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

## Programme Community Agency Notification (Avis aux organismes communautaires)

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

En mars 2011, le service médical d'urgence (SMU) de Toronto a lancé un projet pilote appelé Community Agency Notification (CAN). CAN a d'abord consisté en une collaboration entre le programme de soins paramédicaux du SMU de Toronto et les services aux personnes âgées de St. Clair Ouest. Ensuite, des partenariats ont été créés avec plusieurs autres organismes communautaires qui fournissent des logements avec services de soutien dans les collectivités de Toronto et avec le Programme des soins intégrés aux clients du Centre d'accès aux soins communautaires du Toronto central. Bon nombre de patients vivant à domicile reçoivent divers niveaux de soutien des organismes communautaires. Dans les situations d'urgence, ces organismes de soutien perdent souvent le contact avec leurs patients. Le programme CAN mobilise le personnel paramédical pour s'assurer d'informer les organismes de soutien sur la condition des patients. CAN est le protocole de communication utilisé par le personnel paramédical pour aviser les organismes communautaires que leur client a contacté le SMU. L'alerte permet à l'organisme communautaire d'effectuer un suivi auprès de l'hôpital ou du résident.

La phase 1 (de mars 2011 à novembre 2012) d'essai du programme CAN a été financée individuellement par chaque organisme communautaire participant. La phase 2 (décembre 2012) sera financée par le SMU de Toronto et comportera une plateforme d'avis spécifique pour les clients. Cela accroîtra considérablement la capacité et la spécificité du programme, ce qui permettra à un plus grand nombre d'organisations et de clients de participer. La phase 2, d'une durée anticipée de 12 à 18 mois, servira à éprouver le concept et à justifier le financement d'une plateforme d'avis plus viable et plus complète.

Le programme CAN est structuré comme un service d'organisme communautaire. Le SMU de Toronto et les organismes communautaires collaborent pour faire participer les personnes âgées des logements de la Toronto Housing Corporation. Chaque résident reçoit une fiche de référence qui comprend un résumé de ses antécédents médicaux, ses médicaments, les coordonnées des personnes-ressources à contacter en cas d'urgence, ainsi que des directives simples sur la manière d'envoyer un avis. La fiche de référence est placée dans une enveloppe très voyante marquée du logo du SMU de Toronto, sur laquelle est écrite la mention « Information importante pour les services paramédicaux ». On demande au résident de mettre l'enveloppe dans un endroit visible pour le personnel paramédical.

Lors du déploiement du SMU à la résidence d'un patient, le personnel paramédical sera informé que le programme CAN a été mis en place dans l'immeuble. Une fois en contact avec le patient, il pensera à chercher l'enveloppe dans le logement. Il devra aussi faire en sorte que le patient garde sa fiche de référence avec lui, spécialement s'il est transporté à l'hôpital. L'information contenue dans cette fiche peut faciliter l'évaluation et les soins au patient, en particulier si cette personne est incapable de communiquer en raison d'un obstacle linguistique ou de son état pathologique. On encourage le personnel paramédical et celui de l'hôpital à composer un numéro de téléphone central pour émettre à l'intention des organismes communautaires un avis sur la situation de leur client en temps réel. Chaque fois qu'un avis est émis, la fiche de référence du patient est mise à jour au moment de son congé de l'hôpital ou lors du suivi par l'organisme communautaire, s'il n'y a pas eu de transport à l'hôpital. La fiche de référence est aussi révisée et mise à jour annuellement.

### RÉPERCUSSIONS

Des méthodes d'évaluation sont établies pour le SMU de Toronto et chaque organisme communautaire participant. Les évaluations comprennent la surveillance des interventions des organismes à la suite des avis des SMU et les résultats pour les patients. De juin 2011 à novembre 2012, il y a eu au total 41 avis à des organismes communautaires. Des données empiriques soutiennent l'avantage de l'émission d'avis et de l'utilisation de la fiche de référence du patient. Le programme pilote CAN a été utile pour les organismes communautaires. Les résultats de l'analyse qualitative des observations informelles et des comptes rendus de patients révèlent un accroissement de la communication entre les patients, les organismes communautaires et les hôpitaux, ainsi qu'un meilleur suivi des patients.

### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ



Le programme CAN est particulier à la ville de Toronto et n'a pas encore été mis en œuvre ailleurs. À ce jour, rien n'indique l'existence d'autres programmes qui tirent parti de l'expérience paramédicale avec le patient pour amorcer la gestion de cas et améliorer l'intégration des services de soutien aux soins de santé. Le programme CAN permettra de créer des « transitions harmonieuses » pour les patients inscrits dans le système de soins de santé.

#### PERSONNE-RESSOURCE

Nom : John Klich  
Titre : Directeur, Programme communautaire de services paramédicaux  
Organisme : Service médical d'urgence de Toronto  
Courriel : [jklich@toronto.ca](mailto:jklich@toronto.ca)  
Téléphone : 416-392-3881

Dernière mise à jour : 22 novembre 2012

Site Web de la pratique novatrice :

[www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations](http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations)

**External Source:** <http://torontoems.ca/community-paramedicine/can>



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

# Cancer Care Ontario's Provincial Patient and Family Advisory Council

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

Action Cancer Ontario (ACO) est l'organisme provincial responsable de l'amélioration continue des services de cancérologie qui agit à titre de conseiller auprès du gouvernement sur les questions relatives au cancer. Il soutient les programmes régionaux de cancérologie répartis dans les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario, et travaille étroitement avec leurs responsables. Une des priorités stratégiques du Plan III de l'Ontario en matière de cancérologie (2011–2015) est « de continuer d'évaluer et d'améliorer l'expérience des patients ». ACO a créé le programme sur l'expérience des patients dans le portefeuille des programmes cliniques et des initiatives pour la qualité, afin de soutenir cet objectif. Ce programme comprend plusieurs volets, soit l'évaluation de l'expérience des patients, les résultats rapportés par les patients, l'orientation des patients à l'intérieur du système de santé et un conseil consultatif composé de patients et des membres des familles. En 2010, ACO a mis en œuvre le projet *Mise à contribution des survivants du cancer pour améliorer les expériences des patients atteints de cancer* — l'initiative Projets sur la participation du patient (PPP) soutenue par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Dans le cadre de cette initiative, on a créé le conseil consultatif provincial des patients et des familles (CCPF) pour donner aux patients, aux membres de leur famille et aux fournisseurs de soins de santé un forum par lequel ils peuvent donner des suggestions, formuler des commentaires et aider ACO et son personnel à choisir l'orientation des divers programmes destinés à l'amélioration de l'expérience des patients.

Récemment, le CCPF a mis à jour son mandat et confirmé son objectif global : faire participer les patients et les familles d'un peu partout dans la province et en faire des partenaires, afin de recueillir leurs conseils pour promouvoir une approche centrée sur les patients dans la prestation des soins de santé et pour améliorer l'expérience des patients atteints de cancer. Initialement, 16 personnes, des survivants du cancer ou des membres de leur famille, ont été recrutées dans neuf des programmes régionaux de cancérologie de la province pour former le CCPF. Les membres de ce comité étaient des patients souffrant de divers types de cancer et des membres de leur famille et des soignants qui avaient vécu une expérience liée au cancer. Le CCPF a été élargi en 2012 de manière à inclure des représentants des 14 RLISS. Les membres participent à une séance d'orientation, assistent à des réunions bimestrielles (au minimum six par année civile) et lisent des documents électroniques pour formuler leurs commentaires entre les réunions régulières et les rencontres ad hoc. Depuis la séance d'orientation initiale et l'atelier de perfectionnement des compétences en mai 2011, le CCPF s'est réuni cinq fois et a circonscrit plusieurs secteurs prioritaires.

## RÉPERCUSSIONS

Des méthodes qualitatives ont servi à évaluer les méthodes de préparation, de conception et de mise en œuvre du processus d'orientation du CCPF. Selon les participants, les documents et les activités de préparation ont amélioré adéquatement leur compréhension du contexte et leur ont donné l'information dont ils avaient besoin, en plus de clarifier les attentes relatives à leur rôle dans la séance d'orientation<sup>[1]</sup>. Les mesures quantitatives ont révélé une cohérence entre les points de vue des participants des diverses régions de la province et l'apport de changements pour améliorer les services. Des évaluations continues visent à mesurer l'efficacité des compétences acquises pendant la séance d'orientation et du volet de perfectionnement des compétences. Le CCPF, en tant qu'outil de participation, a influé sur l'expérience des patients, amélioré la qualité de leur participation et de celle des fournisseurs de soins, et réduit les coûts en permettant l'élaboration conjointe du mode de participation et de partenariat.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ

ACO a élaboré et perfectionné sa trousse de formation en tenant compte des suggestions des membres du CCPF et du personnel qui peuvent être adoptées par les organisations intéressées à faire participer les patients à des conseils consultatifs pour améliorer leur expérience tout au long de leur cheminement dans le système de santé. Le CCPF sert d'exemple pour les organismes de lutte contre le cancer partout au Canada, en offrant aux patients et aux citoyens une possibilité de participer à la conception et à la prestation de soins intégrés de grande qualité. Des organisations comme Cancer Care Nova Scotia ont créé des modèles semblables de participation des patients et des familles.



## PERSONNES-RESSOURCES

Nom : Esther Green  
Titre : Directrice provinciale, Soins infirmiers et oncologie psychosociale  
Organisme : Action Cancer Ontario  
Courriel : [esther.green@cancercare.on.ca](mailto:esther.green@cancercare.on.ca)  
Téléphone : 416-971-9800, poste 2278

Nom : Mireille Brosseau  
Titre : Directrice de programme, Participation du patient et du citoyen  
Organisme : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé  
Courriel : [mireille.brosseau@cfhi-fcass.ca](mailto:mireille.brosseau@cfhi-fcass.ca)  
Téléphone : 613-728-2238, poste 225

Dernière mise à jour : 8 novembre 2012

Sites Web de la pratique novatrice :

[www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34](http://www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34)

[www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/Collaborations/PatientEngagement.aspx](http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/Collaborations/PatientEngagement.aspx)

[m.youtube.com/#/watch?index=1&list=UUm-tze53Qzz2nZzLLVK0mVA&feature=plcp&v=HUZZTpl-rhs&desktop\\_uri=%2Fwatch%3Fv%3DHUZZTpl-rhs%26list%3DUUm-tze53Qzz2nZzLLVK0mVA%26index%3D1%26feature%3Dplcp](https://m.youtube.com/watch?index=1&list=UUm-tze53Qzz2nZzLLVK0mVA&feature=plcp&v=HUZZTpl-rhs&desktop_uri=%2Fwatch%3Fv%3DHUZZTpl-rhs%26list%3DUUm-tze53Qzz2nZzLLVK0mVA%26index%3D1%26feature%3Dplcp)

[1] Urowitz, S., Green, E., Friedman, A.F., O'Grady, L., Greenberg, N., Alejandro, J., Wiljer, D. (sous presse). Engaging survivors to improve patient experiences throughout the cancer journey. *Journal of Cancer Education*.

**External Source:** [http://ocp.cancercare.on.ca/strategic\\_priorities/patient\\_experience/](http://ocp.cancercare.on.ca/strategic_priorities/patient_experience/)





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

# Programme de soins à domicile pour les Autochtones, Région sanitaire de Regina qu'appelle

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

*Le plus souvent, les prestataires de services sont considérés comme des « experts » sur ce qui convient le mieux pour leurs clients. Cette façon de faire peut mener à l'apathie et à la non-observance, ainsi qu'à une piètre utilisation des ressources. Il est essentiel que les gens qui reçoivent les services participent activement à clarifier les enjeux, à déterminer les solutions et à élaborer et évaluer les programmes. Trouver le temps et la souplesse nécessaires pour créer la confiance et établir des relations – surtout avec une population qui en est arrivée à se méfier du système – génère des dividendes immenses. Reconnaître que chaque personne a ses propres priorités et adopter une approche holistique aident les praticiens à se montrer plus attentifs à la situation personnelle de leurs clients et à leur capacité de cerner leurs problèmes de santé, de les comprendre et d'agir efficacement.*

– Dorothy Lloyd, bureau de santé d'Eagle Moon, région sanitaire de Regina Qu'Appelle

Le programme de soins à domicile pour les Autochtones offert dans la région sanitaire de Regina Qu'Appelle (acronyme anglais RQHR) a prouvé la valeur d'une approche holistique, centrée sur le patient, dans la prestation des services aux Autochtones en milieu urbain.

Ce programme a été créé car les services de soins à domicile de la RQHR ont conclu que très peu d'Autochtones faisaient appel à eux, alors que les membres des Premières Nations et les Métis constituaient un pourcentage important de leur bassin de clientèle. En partenariat avec le bureau de santé d'Eagle Moon de la RQHR, les services de soins à domicile ont réuni les gestionnaires de la RQHR, des Aînés des Premières Nations et des Métis, des gardiens de la connaissance et des travailleurs de la santé pour former un groupe de travail chargé de déterminer les lacunes de services et les meilleures solutions à y apporter. À partir des conclusions du groupe de travail, et avec l'appui financier du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, les services de soins à domicile ont conçu et instauré le programme de soins à domicile pour les Autochtones.

Ce programme a pour but d'améliorer l'accès aux soins à domicile en concevant et en instaurant des services complets, holistiques, culturellement adaptés, et en améliorant le dépistage, la détection précoce et la gestion des maladies chroniques (en particulier, du diabète de type 2 et des complications des soins pour les pieds) pour les Autochtones. Le programme a transformé la prestation des services aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, en apportant notamment les changements suivants :

- Relocalisation stratégique de l'équipe de soins à domicile dans des bureaux situés dans le centre-nord de Regina (quartier dont une importante partie des résidents sont autochtones) et décentralisation de la réception et de l'aiguillage des dossiers.
- Création d'un poste de travailleurs de liaison communautaire. Actuellement, ce poste est occupé par une femme autochtone qui s'oriente habilement dans le système traditionnel et dans le système occidental, établit et renforce des rapports avec la communauté (notamment entre les travailleurs de la santé et leurs clients) et contribue à créer un climat de confiance pour les membres de la communauté face aux services de soins à domicile.
- Accès à des guérisseurs traditionnels, compréhension et réceptivité accrues pour les connaissances et les pratiques culturelles autochtones.
- Amélioration des services de gestion des cas, qui permet de faire des évaluations plus opportunes et efficaces des besoins des clients et de mieux y répondre, et de redonner aux clients un rôle plus actif dans la gestion de leurs soins et de leur mieux-être.
- Souplesse dans le choix des rendez-vous, pour appuyer des soins centrés sur le client.



- Création et adoption d'outils d'évaluation holistique, utilisés avec un outil standard d'évaluation globale. Les évaluations holistiques permettent aux praticiens et aux clients de considérer tous les aspects du mieux-être (physique, mental, spirituel et émotionnel) et des besoins définis par les clients, ce qui améliore les communications, la confiance et l'observance thérapeutique. L'attention portée aux besoins émotionnels et spirituels des clients permet à ceux-ci de puiser dans leurs propres ressources intérieures pour y trouver la force et la motivation de poursuivre sur la voie du mieux-être.
- Accent accru sur l'éducation des clients, en incluant si possible les membres de la famille et d'autres proches. Les clients et leur entourage deviennent ainsi mieux parties prenantes du processus de soins.
- Meilleur dépistage des problèmes de pied, des soins et des services d'aiguillage.
- Renforcement des ressources pour appuyer l'aiguillage et la liaison entre les services en milieu urbain et en milieu rural/dans les réserves, améliorant ainsi le suivi et la continuation des soins et des traitements.
- Création d'un comité directeur (né du groupe de travail d'origine) qui suit et guide les activités du programme et sollicite constamment les commentaires et la rétroaction des Aînés et des guérisseurs de la communauté.
- Formation des membres du personnel pour renforcer leur sensibilité culturelle et leur compétence culturelle, et formation de cercles de discussion hebdomadaires où l'équipe sur place peut faire un débriefing et partager les connaissances.

L'expérience vécue par les clients dans le cadre du programme de soins à domicile pour les Autochtones a profondément changé. Les clients peuvent maintenant bénéficier de soins holistiques, centrés sur le patient. Quand les clients identifient et expriment leurs besoins, les prestataires sont prêts à les écouter. Les clients jouent un rôle plus actif dans le « quoi » et le « comment » des soins. Quant aux praticiens, le programme leur permet de desservir un secteur de la population jusqu'alors défavorisé. Les activités et les ressources de formation ont mené à une consolidation des compétences et des capacités des praticiens, tandis que la cohésion grandissante au sein des membres de l'équipe a permis d'améliorer la cohérence, la communication et les relations, renforçant ainsi l'envergure et la qualité des soins donnés par les membres de l'équipe.

Les retombées du programme de soins à domicile pour les Autochtones sont évaluées quantitativement et qualitativement. Un pourcentage accru de gens de la région admissibles aux soins à domicile accèdent maintenant aux services dont ils ont besoin. En tant que groupe, les clients qui utilisent ces services ont des attitudes plus positives, participent davantage et observent mieux leur traitement comparativement à la norme avant la création du programme.

Dans une très grande mesure, le succès du programme de soins à domicile pour les Autochtones repose sur les nombreux partenariats et relations de travail internes et externes. Le bureau de santé d'Eagle Moon de la RQHR (qui travaille avec les services de la région sanitaire pour que les soins répondent mieux aux besoins des Premières Nations et des Métis) a créé un partenariat avec les services de soins à domicile dès les premières étapes de l'évaluation des besoins et de la planification, puis a contribué par ses connaissances et son soutien à l'élaboration et à l'instauration du programme. Le programme travaille aussi en collaboration avec les services de santé pour les Autochtones de la RQHR, les gestionnaires des soins à domicile en milieu urbain et en milieu rural et le service de recherche de la RQHR. Le directeur général des services de soins à domicile s'est fait le fidèle défenseur du programme. Sa contribution de haut gestionnaire, capable d'apporter des changements, est inestimable. Des partenaires externes ont appuyé la création d'un répertoire de services en ligne, qui a beaucoup aidé les praticiens à orienter leurs clients de manière pertinente et opportune. Les membres de la communauté autochtone ont eux aussi joué un rôle crucial. En faisant connaître leurs points de vue et leurs idées sur leurs expériences des soins de santé, les clients ont beaucoup aidé les services de soins à domicile à s'adapter aux besoins réels des Autochtones et de leurs communautés.

Pour plus de renseignements sur ce programme, voir

[http://www.rqhealth.ca/programs/comm\\_hlth\\_services/homecare/homecare.shtml](http://www.rqhealth.ca/programs/comm_hlth_services/homecare/homecare.shtml).

**External Source:** [http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt\\_det.php?id=437](http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=437)



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

## Les rapports sur les indicateurs des soins à domicile de Qualité des services de santé Ontario

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

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme indépendant dont la mission est de faire rapport au public sur la qualité du système de santé publique de l'Ontario, de favoriser l'amélioration continue de la qualité et de promouvoir des soins de santé fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles.

En décembre 2008, le gouvernement de l'Ontario a chargé QSSO d'évaluer la qualité des soins à domicile et la satisfaction de la clientèle, et d'en faire rapport au public. En 2010, la Loi sur l'excellence des soins pour tous du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a confié à QSSO la tâche de surveiller les services de santé, l'état de santé de la population et les résultats du système de santé pour en faire rapport aux Ontariens, de favoriser l'amélioration continue de la qualité et de promouvoir des soins de santé fondés sur des données probantes. L'Ontario est donc la première et, pour le moment, la seule province à produire des rapports publics sur des indicateurs de la qualité des soins à domicile, affichés sur le site Web d'information publique sur les soins à domicile de QSSO.

La majorité des données sont recueillies au moyen de l'instrument d'évaluation RAI-HC, qui est appliqué dans tous les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario, et dont QSSO fait rapport.

Le RAI-HC est utilisé par des professionnels des soins à domicile pour évaluer les forces, les préférences et les besoins de leurs clients, afin de préparer un plan de soins axé sur la personne et de fournir des services appropriés. Les évaluations du RAI-HC ont été vérifiées dans plusieurs pays, y compris au Canada, et ont été jugées fiables et valides.

La liste des indicateurs, classés par résultats provinciaux et par CASC, est affichée sur le site Web de QSSO. La plupart des données disponibles concernent les clients de soins à domicile de longue durée — 46 % de la clientèle — puisque ce sont les seuls à avoir été évalués au moyen du RAI-HC. La publication de rapports sur les indicateurs de soins à domicile favorise la transparence et la responsabilisation et facilite la surveillance de la qualité. Ces indicateurs sont aussi présentés dans le cadre du rapport annuel de QSSO, Observateur de la qualité, avec des suggestions d'améliorations et des exemples de réussite.

Des données sur les soins à domicile dans tout l'Ontario sont recueillies par l'entremise du RAI-HC depuis 2005 et sont présentées dans des rapports publics sur le site Web des soins à domicile et dans l'Observateur de la qualité depuis trois ans. Un groupe de travail, réunissant des associations provinciales de soins à domicile, des intéressés et des experts cliniques et scientifiques, a été consulté dans le cadre d'un processus de formation de consensus afin de sélectionner un ensemble d'indicateurs clés de la qualité des soins à domicile qui serviraient à produire des rapports sur la qualité des services de soins à domicile de l'Ontario. Le site Web, récemment mis à jour en mars 2012, présente de nouvelles informations, dont les résultats de 11 indicateurs de la qualité des soins à domicile sur des sujets importants tels les temps d'attente, les chutes et — pour la toute première fois — les expériences des clients.

Ces indicateurs font aussi l'objet de rapports destinés au public, aux fournisseurs et aux dirigeants politiques. Le public peut se servir des indicateurs pour mieux comprendre ce qu'il en est des soins à domicile; les fournisseurs peuvent les utiliser afin de comparer leur performance à celle des autres et d'améliorer leurs processus; et les dirigeants politiques peuvent y découvrir des tendances et des orientations pour leurs politiques. Bien qu'on ne projette pas actuellement d'évaluer les effets de ces indicateurs sur les processus d'amélioration de la qualité, des discussions suivies ont eu lieu avec le groupe de travail, qui ont optimisé la façon de faire rapport de ces indicateurs et sont à l'origine de l'objectif actuel de faire rapport de ces données à l'échelle des fournisseurs.

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



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

## Chez soi avant tout

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Capital Health, la plus grande autorité sanitaire de district de la Nouvelle-Écosse, a adopté la philosophie ontarienne Chez soi avant tout pour guider sa stratégie et ses programmes d'ANS. En 2009, Capital Health a lancé son programme de soins continus Chez soi avant tout, pour offrir des soins à domicile complémentaires comprenant les éléments suivants :

- gestion de cas intensive;
- jusqu'à 56 heures de services de soutien à domicile par semaine, durant un maximum de 60 jours;
- services de soutien à domicile offerts par le biais de cinq organismes établis;
- régularité des fournisseurs et assurance d'un remplacement en cas de non-disponibilité d'un fournisseur régulier;
- soins infirmiers et soins personnels au besoin;
- évaluation et suivi par une équipe de réadaptation (ergothérapeute/physiothérapeute).

Un projet pilote de six mois, mené avec 30 clients, a donné des résultats encourageants. Quand le programme a pris fin, la majorité des clients ont pu rester chez eux avec un soutien réduit de soins à domicile. Le programme Chez soi avant tout prend actuellement plus d'ampleur dans cette région sanitaire.

La philosophie Chez soi avant tout devient rapidement une composante importante du système de santé dans les provinces où elle est adoptée. Toutefois, il est essentiel d'évaluer si les aînés continuent de bien pouvoir s'occuper d'eux à domicile, et pendant combien de temps ils peuvent le faire, une fois que prennent fin les soins intensifs, d'une durée limitée.

La tendance à renvoyer les patients à la maison « plus rapidement, quand ils sont plus malades », afin d'alléger les pressions exercées sur les hôpitaux, peut avoir pour résultat qu'un plus grand montant de ressources soit alloué aux soins à domicile à court terme, les soins chroniques à long terme n'étant alors pas satisfaits. Ces mesures à court terme peuvent aussi alourdir le fardeau des aidants, surtout à long terme, si les soins intensifs prennent fin avant la mise en place de soins à domicile continus.

External Source: <http://www.cdha.nshealth.ca/continuing-care/innovative-programs>



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

## Philosophie de Chez soi avant tout

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

Les provinces et les territoires du Canada cherchent à régler la question des patients d'ANS (Autres niveaux de soins). En Ontario, le problème est particulièrement grave en raison des longues listes d'attente – et de la longueur des attentes – pour un placement en établissements de soins de longue durée. Au cours des quelques dernières années, l'Ontario a élaboré un programme appelé Chez soi avant tout, conçu pour permettre aux patients de retourner à domicile, dans leur communauté, avec le soutien d'une gestion de cas intensive. Les clients bénéficient de plusieurs semaines d'un soutien accru en soins à domicile, pour qu'ils puissent voir comment ils parviennent à vivre à la maison avant d'avoir à décider où ils souhaitent vivre à long terme. Grâce à ce programme, les aînés peuvent prendre cette décision cruciale sans se presser, dans un milieu qui leur est familier, au lieu d'avoir à le faire dans un environnement hospitalier où ils sont stressés et désorientés.

Chez soi avant tout est à la fois une philosophie et un programme de gestion des soins de santé. En vertu de ce programme, le transfert d'un patient d'un hôpital à un établissement de soins de longue durée est considéré comme un dernier recours et ne se fait qu'après une exploration des autres options communautaires. Cette solution convient mieux aux patients et contribue à réduire les demandes et les attentes pour les établissements de soins de longue durée.

Chez soi a été instauré pour la première fois en Ontario par le Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga-Halton (RLISS), en 2008. Ce RLISS a fait des investissements considérables pour élargir les services de soutien communautaire aux personnes vulnérables qui sont recommandées pour un transfert dans un établissement de soins de longue durée après une hospitalisation, mais qui pourraient être soignées chez elles adéquatement, en sécurité, avec des services complémentaires de soins à domicile.

Ces types d'amélioration peuvent entraîner des économies, améliorer le flux des patients et rehausser la qualité de vie de nombreux aînés. En deux ans, dans la région de Mississauga- Halton, ce programme a permis à 2 500 personnes de rentrer à domicile, avec un soutien, au lieu d'être hospitalisées plus longtemps ou d'être transférées dans un établissement de soins de longue durée.

Dans tous les RLISS de l'Ontario, le programme Chez soi avant tout est maintenant mis en oeuvre, bien qu'à différentes étapes de développement. Chaque RLISS et chaque Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) déterminent le type de services et les heures alloués aux clients, en fonction des ressources et des services disponibles dans la région. Le comité consultatif des RLISS a publié un guide de mise en oeuvre et trousse d'outils, Chez soi avant tout, en février 2011 ([lhincollaborative.ca](http://lhincollaborative.ca)).

External Source: <http://www.lhincollaborative.ca/Page.aspx?id=1902>