



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

Thème : **Santé en région rurale  
ou éloignée**

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:	Rural and Remote Health	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	20 résultats sur 20

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

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2011 - 10:30	Location: Nunavut	Practice Website: <a href="http://taimatb.tunngavik.com/">http://taimatb.tunngavik.com/</a>
--	-------------------	---

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

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

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

SNAPSHOT:

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

CONTACT INFORMATION:

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

**3. Les services de télésanté, les soins primaires et Carrier Sekani Family Services**

Implementation Year: Dimanche, novembre 25, 2012 - 19:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	-----------------------------------	-------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice fait appel à la télésanté afin d'améliorer l'accès aux soins primaires et d'assurer la continuité des soins dans des communautés éloignées des Premières nations du Centre-Nord de la Colombie-Britannique. Lancée au Carrier Sekani Family Services en janvier 2012, la pratique mettait à contribution un médecin de premier recours, une infirmière praticienne en soins aux familles ainsi que le personnel médical dans des centres de soins infirmiers et des centres de santé répartis entre huit Premières nations sur le territoire des Carrier Sekani.



**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Ginny Burns **Titre :** Infirmière praticienne en soins aux familles et soutien clinique **Organisme :** Carrier Sekani Family Services Primary Care  
**Courriel :** ginny@csfs.org **Téléphone :** 250-567 7561 **Dernière mise à jour :** Le 27 septembre 2013

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

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 3, 2011 - 14:00	<b>Location:</b> Nunavut	<b>Practice Website:</b>
--	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

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

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

**SNAPSHOT:**

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

**CONTACT INFORMATION:**

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

**6. High Acuity Response Team (HART) ou équipe d'intervention de haut niveau**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, mars 2, 2010 - 00:30	<b>Location:</b> Colombie-Britannique	<b>Practice Website:</b> N/a
---	---------------------------------------	------------------------------

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice permet de fournir des soins intensifs mobiles aux hôpitaux ruraux qui n'ont pas de services de soins de phase aiguë afin de stabiliser et de maintenir les soins aux patients et, si nécessaire, de transporter les patients à un niveau de soins supérieur. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans la région sanitaire Trail, mettait à contribution six infirmières en soins de phase aiguë, une équipe d'ambulance de réanimation de base ainsi qu'un inhalothérapeute à l'occasion.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Brent Hobbs **Titre :** Directeur régional, Services de transport des patients **Organisme :** Interior Health **Courriel :** Brent.Hobbs2@interiorhealth.ca **Téléphone :** 250-870-5758 **Dernière mise à jour :** Le 2 juillet 2013

**7. Dépistage ciblé de troubles génétiques traitables chez les nouveau-nés des Amish du Vieil Ordre dans le sud-ouest de l'Ontario**

<b>Implementation Year:</b>	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.biochemgenetics.ca/plainpeople/">http://www.biochemgenetics.ca/plainpeople/</a>
-----------------------------	--------------------------	--



Dimanche, février 2, 2003 - 00:45	
-----------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice permet de dépister et de déterminer les nouveau-nés présymptomatiques qui sont vulnérables aux troubles génétiques.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Dre Victoria Mok Siu **Titre :** Directrice médicale, Medical Genetics Program of Southwestern Ontario Organismes : London Health Sciences Centre et Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario **Courriel :** vmsiu@uwo.ca **Téléphone :** 519-685-8140 **Dernière mise à jour :** Le 27 mars 2013

**8. Cadre de planification communautaire et rurale de la santé : la planification des services de santé à l'aide du modèle d'intervention pour les évaluations et les services communautaires (CASR)**

<b>Implementation Year:</b> Jeudi, février 11, 2010 - 00:15	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.albertahealthservices.ca/community&amp;ruralplanning.asp">http://www.albertahealthservices.ca/community&amp;ruralplanning.asp</a>
---	--------------------------	---

**SNAPSHOT:**

Cette pratique novatrice propose une approche uniformisée de la planification des services de santé communautaires et ruraux aux quatre coins de l'Alberta.

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Maz Rahman **Titre :** Planificateur principal – Priorités et rendement **Organisme :** Alberta Health Services **Courriel :** Maz.Rahman@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 780-735-1414

**9. Long and Brier Island Community Paramedicine Project (projet de paramédecine pour les collectivités des îles Long et Brier)**

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2001 - 01:15	<b>Location:</b> Nouvelle-Écosse	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/Community%20Paramedicine%20Article.pdf">http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/Community%20Paramedicine%20Article.pdf</a>
---	----------------------------------	--

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Connie Day **Titre :** Infirmière praticienne **Organisme :** Island Health Centre & EHS Paramedic Excess Line Capacity **Numéro de téléphone :** 902-839-2398 **Courriel :** info@swndha.nshealth.ca

**10. Modèles de prestation de services de santé dans Les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations**

<b>Implementation Year:</b> Lundi, février 8, 2010 - 10:00	<b>Location:</b> National	<b>Practice Website:</b>
--	---------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**Nom :** Debra Gillis **Titre :** Directrice administrative, Soins primaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits **Organisme :** Santé Canada **Courriel :** debra.gillis@hc-sc.gc.ca **Téléphone :** 613-957-6359

**11. Clinique Minowé**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 12, 2008 - 00:15	<b>Location:</b> Québec	<b>Practice Website:</b>
---	-------------------------	--------------------------



**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Pour toute demande de renseignement sur la Clinique Minowé, s'adresser directement à Édith Cloutier, directrice générale, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (edith.cloutier@caavd.ca). Des renseignements complémentaires sur la Clinique Minowé sont donnés en ligne à [http://caavd.ca/admin/editor/asset/CliniqueMinowe\\_ANGw\\_2fev.pdf](http://caavd.ca/admin/editor/asset/CliniqueMinowe_ANGw_2fev.pdf).

**12. WRHA Framework for Action: Cultural Proficiency & Diversity**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 1, 2011 - 00:15	<b>Location:</b> Manitoba	<b>Practice Website:</b>
--	---------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Pour plus de renseignements sur les programmes de santé pour les Autochtones de la WRHA, consulter le <http://wrha.mb.ca/aboriginalhealth/index.php>. Le cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles est affiché en ligne au [http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/files/WRHA\\_cpd\\_framework\\_final.pdf](http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/files/WRHA_cpd_framework_final.pdf).

**13. St. John's Friendship Centre**

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2004 - 00:30	<b>Location:</b> Terre-Neuve-et-Labrador	<b>Practice Website:</b>
--	--	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Pour plus de renseignements sur le centre d'amitié de St. John's, consulter le lien <http://www.sjnfc.com>.

**14. Closer to Home Strategy**

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 3, 2006 - 00:00	<b>Location:</b> Nunavut	<b>Practice Website:</b>
---	--------------------------	--------------------------

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

**15. École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO)**

<b>Implementation Year:</b> Dimanche, février 3, 2002 - 00:45	<b>Location:</b> Ontario	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.nosm.ca/about_us/default.aspx?id=68">www.nosm.ca/about_us/default.aspx?id=68</a>
---	--------------------------	---

**SNAPSHOT:**

**CONTACT INFORMATION:**

Name: N/A Title: N/A Organization: Lakehead and Laurentian University Email address: [admissions@nosm.ca](mailto:admissions@nosm.ca) Phone number: 705-675-4883

**16. Strategies for Teaching Obstetrics to Rural and Urban Caregivers (STORC)**



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

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Name:** Ann Hense, RN, MN **Title:** Coordinator, Education and Consultation **Organization:** Alberta Perinatal Health Program **Email address:** [ann.hense@albertahealthservices.ca](mailto:ann.hense@albertahealthservices.ca) **Phone number:** (780) 735-1003

### 17. Prairie Women's Health Centre of Excellence (PWHCE)

<b>Implementation Year:</b> Vendredi, février 4, 2005 - 09:30	<b>Location:</b> Manitoba, Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.pwhce.ca/index.htm">www.pwhce.ca/index.htm</a>
---	--	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Name:** N/A **Title:** N/A **Organization:** PWHCE Administrative Centre - Winnipeg **Email address:** [pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca) **Phone number:** (204) 982-6630

### 18. Services de sages-femmes – Services de santé de l'Alberta

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:15	<b>Location:</b> Alberta	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.canadianmidwives.org/province/Alberta.html">www.canadianmidwives.org/province/Alberta.html</a> <a href="mailto:info@alberta-midwives.com">info@alberta-midwives.com</a> <a href="http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&amp;rid=1027501">www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&amp;rid=1027501</a>
---	--------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Name:** N/A **Title:** N/A **Organization:** Alberta Association of Midwives **Email address:** [info@alberta-midwives.com](mailto:info@alberta-midwives.com) **Telephone number:** (403) 214-1882

### 19. BRAVO (Boucane+Réduction = Amour et Volonté)

<b>Implementation Year:</b> Mardi, février 3, 2009 - 00:45	<b>Location:</b> Yukon	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.aware.on.ca/starss">www.aware.on.ca/starss</a>
---	------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Name:** N/A **Title:** N/A **Organization:** Action on Women's Addictions- Research and Education **Email address:** [info@aware.on.ca](mailto:info@aware.on.ca) **Phone number:** (613) 545-0117

### 20. CHEP Good Food

<b>Implementation Year:</b> Samedi, février 3, 2007 - 02:45	<b>Location:</b> Saskatchewan	<b>Practice Website:</b> <a href="http://www.chep.org/">www.chep.org/</a>
--	-------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

**Name:** N/A **Title:** N/A **Organization:** CHEP **Email address:** [karen@chep.org](mailto:karen@chep.org) **Phone number:** (306) 655-4575





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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

On a recueilli des données qualitatives et quantitatives tout au cours du projet pilote, et fait paraître les résultats dans un rapport d'étape en 2012. Lors de la phase I de la campagne de sensibilisation générale, il y a eu une augmentation du dépistage de l'ILT passive, qui fait référence aux personnes qui se présentent aux cliniques de santé publique sans rendez-vous pour faire un test de tuberculose. Le nombre de consultations sans rendez-vous s'est accru, passant d'une moyenne de 25 par mois (sur une période de quatre ans avant l'initiative *Taima TB*) à une moyenne de 50 personnes par mois lors de la campagne de





sensibilisation générale.

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

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

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Deborah Van Dyk RN, MScN

Titre : Coordinatrice de projet, *Taima TB*

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

Courriel : [dvandyk@ohri.ca](mailto:dvandyk@ohri.ca)

Téléphone : 867-222-5026

Dernière mise à jour : 23 août 2013

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

#### **Communications personnelles :**

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

#### **Publications :**

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

#### **Autres :**

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

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



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

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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

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



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

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

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

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

#### **RÉPERCUSSIONS :**

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

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

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

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

Nom : Louise Cholock

Titre : Directrice, DGSPNI

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



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

Téléphone : 902-426-2519

Dernière mise à jour : Le 7 octobre 2013

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

***Communications personnelles :***

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



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

# Les services de télésanté, les soins primaires et Carrier Sekani Family Services

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

## APERÇU :

Cette pratique novatrice fait appel à la télésanté afin d'améliorer l'accès aux soins primaires et d'assurer la continuité des soins dans des communautés éloignées des Premières nations du Centre-Nord de la Colombie-Britannique. Lancée au Carrier Sekani Family Services en janvier 2012, la pratique mettait à contribution un médecin de premier recours, une infirmière praticienne en soins aux familles ainsi que le personnel médical dans des centres de soins infirmiers et des centres de santé répartis entre huit Premières nations sur le territoire des Carrier Sekani.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Carrier Sekani Family Services a introduit la télésanté dans ses services de soins primaires afin d'améliorer l'accès aux soins dans huit communautés éloignées des Premières nations desservies par l'organisme. Avant l'arrivée de cette technologie, les aînés vivant dans ces communautés comptaient sur les services de médecins transportés par avion. Devant l'impossibilité d'être soignées par un médecin entre ces visites dans les communautés, les personnes ont généralement accès à des services de soins primaires en consultant des infirmières qui font une rotation d'une communauté à l'autre. Les résultats attendus de l'introduction de la télésanté se résument notamment à : 1) diminuer le besoin de transferts médicaux, 2) améliorer la capacité de respecter les lignes directrices relatives aux soins chroniques, et 3) améliorer la capacité d'assurer une continuité des soins et un accès à des soins fondés sur des données probantes. Le financement de la télésanté provient du budget de Carrier Sekani Family Services.

Carrier Sekani Family Services a introduit la télésanté en 2012 en la mettant à l'essai dans la communauté la plus éloignée desservie par l'organisme. La télésanté a permis à des infirmières et à des patients de la communauté d'avoir accès (au besoin) à une infirmière praticienne et à un médecin de premier recours de Carrier Sekani Family Services. En l'espace de six mois, Carrier Sekani Family Services a transposé la télésanté dans une deuxième communauté. Aujourd'hui, la télésanté est utilisée par le personnel infirmier dans huit communautés. L'infirmière praticienne et le médecin de premier recours continuent de se rendre dans les communautés, mais la pratique du médecin s'est réorientée de manière à se concentrer sur les rendez-vous des patients pour des services de télésanté. Dans les cliniques organisées au sein des communautés, l'infirmière praticienne peut faciliter les examens physiques nécessaires afin de réaliser les visites virtuelles des patients avec les médecins. La pratique axée sur la télésanté de Carrier Sekani Family Services a été mise en place sous forme de programme permanent et elle continue de grandir. Le programme comprend maintenant l'accès aux services de santé mentale. Carrier Sekani Family Services a obtenu un financement dernièrement pour trois autres postes d'infirmières praticiennes qui amélioreront encore plus l'accès des patients aux soins ainsi que l'utilité de la pratique axée sur la télésanté.

Les aînés, les autres patients et le personnel infirmier ont tous accueilli la télésanté à bras ouverts. Grâce à la télésanté, tout le personnel médical qui fait partie du système de postes de soins infirmiers de Carrier Sekani Family Services a maintenant accès aux mêmes renseignements. Chaque lundi matin, le personnel infirmier des huit communautés et l'infirmière praticienne se réunissent par le truchement de la télésanté, une pratique qui offre une entraide précieuse au personnel infirmier.

Les services de soins de santé primaires assistés par la télésanté de Carrier Sekani Family Services élargissent l'accès aux soins pour les aînés des Premières nations de la région. La pratique a amélioré la continuité des soins et a changé la prestation des soins. Les personnes âgées et leur famille peuvent établir une relation avec le médecin et la pratique favorise les soins collaboratifs. Dans les postes de soins infirmiers, les soins sont normalement orientés sur le traitement. La télésanté met Carrier Sekani Family Services en position de réorienter les services dans la communauté vers les soins d'entretien et de prévention. La télésanté s'est également avérée être une ressource inestimable pour la prestation des soins palliatifs dans la communauté, ce qui permet au médecin, à l'infirmière praticienne et au personnel infirmier de Carrier Sekani Family Services de rencontrer les patients et leur famille et de faire en sorte que les meilleurs soins possibles soient en place.



## RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice a été mise sur pied en janvier 2012. Même si une évaluation n'a pas encore été effectuée à cette étape-ci, un sondage est actuellement réalisé auprès du personnel infirmier dans l'établissement pilote. Les témoignages personnels des patients et les autres observations donnent à entendre que la pratique peut donner des résultats positifs sur la santé. Par exemple, le nombre de transferts médicaux à partir des communautés où la pratique axée sur la télésanté est maintenant utilisée a pratiquement diminué de moitié par rapport à ce qu'elle était avant la venue de la technologie. La diminution des transferts médicaux et des déplacements permet de réaliser des économies importantes.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de Carrier Sekani Family Services, qui préconise le recours à la télésanté pour la prestation des soins primaires dans les communautés des Premières nations, n'a pas été mis en place ailleurs, mais il peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux. Même si, au moment de publier ce rapport, la pratique avait été en place depuis relativement peu de temps, d'autres organismes de santé de Colombie-Britannique ont manifesté un intérêt pour le modèle.

Les difficultés éprouvées lors de la conception et de la mise en place de cette pratique ont été notamment l'accès limité à une largeur de bande adéquate et au service Internet dans certaines communautés ainsi que l'accès limité à des fonds dédiés.

Parmi les leçons importantes à retenir :

- Le programme de télésanté avait comme champion le médecin de premier recours de Carrier Sekani Family Services, qui avait une passion, une connaissance et un dévouement inestimables à l'égard de la pratique.
- Le personnel doit absolument être formé, surtout dans les communautés qui sont desservies par des infirmières itinérantes en rotation.
- Pour assurer la réussite de la pratique, les médecins praticiens et les infirmières au sein des communautés doivent être disposés à collaborer avec l'infirmière praticienne et le médecin du programme. Afin de réduire au minimum la crainte ou la réticence des fournisseurs de services communautaires, l'infirmière praticienne de Carrier Sekani Family Services s'est efforcée de créer des liens personnels, de visiter les communautés au moment où la pratique était mise en place ou lorsque des changements étaient apportés au matériel ou aux programmes afin d'expliquer clairement que la technologie va améliorer — et non remplacer — les relations entre les fournisseurs de soins et les patients.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Ginny Burns

Titre : Infirmière praticienne en soins aux familles et soutien clinique

Organisme : Carrier Sekani Family Services Primary Care

Courriel : [ginny@csfs.org](mailto:ginny@csfs.org)

Téléphone : 250-567 7561

Dernière mise à jour : Le 27 septembre 2013

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

### *Communications personnelles :*

Burns, G. (entrevue et rétroaction, 23 juillet 2013). [Carrier Sekani Family Services].

Pawlovich, J. (entrevue et rétroaction, 23 juillet 2013). [Carrier Sekani Family Services].



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

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

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

## APERÇU :

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

Les objectifs précis du programme consistent à :

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





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

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

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

#### **RÉPERCUSSIONS :**

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

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

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

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

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

#### **PERSONNES-RESSOURCES :**

Nom : Gwen Healey

Titre : Directrice exécutive

Organisme : Qaujigiartiit Health Research Centre

Courriel : [gwen.healey@qhrc.ca](mailto:gwen.healey@qhrc.ca)

Téléphone : 867-975-2476

Nom : Lissie Anaviapik





Titre : Coordonnatrice de la recherche sur la santé familiale

Organisme : Qaujigiartiit Health Research Centre

Courriel : [lissie.anaviapik@qhrc.ca](mailto:lissie.anaviapik@qhrc.ca)

Téléphone : 867-975-2523

Dernière mise à jour : Août 2013

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

**Publication :**

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

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

**Autre :**

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

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



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

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

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

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

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

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

## RÉPERCUSSIONS :

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



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

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

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

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

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

SITE WEB DE LA PRATIQUE : [www.blueprintforlife.ca](http://www.blueprintforlife.ca)

#### PERSONNE-RESSOURCE :

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

Dernière mise à jour : Le 28 juin 2013

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

#### **Communication personnelle :**

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

#### **Publications :**

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



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

**Autre profil :**

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

**Autre :**

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

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



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

# High Acuity Response Team (HART) ou équipe d'intervention de haut niveau

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

**APERÇU :** Cette pratique novatrice permet de fournir des soins intensifs mobiles aux hôpitaux ruraux qui n'ont pas de services de soins de phase aiguë afin de stabiliser et de maintenir les soins aux patients et, si nécessaire, de transporter les patients à un niveau de soins supérieur. La pratique, qui a été lancée en Colombie-Britannique dans la région sanitaire Trail, mettait à contribution six infirmières en soins de phase aiguë, une équipe d'ambulance de réanimation de base ainsi qu'un inhalothérapeute à l'occasion.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Interior Health est responsable de la prestation de services de soins de santé complets à une population de 750 000 habitants dans le sud de la Colombie-Britannique. Le British Columbia Ambulance Service (BCAS) offre des services de maintien des fonctions vitales de base à cette région éloignée par ambulance terrestre et à l'aide d'un système de transport aérien provincial. Néanmoins, compte tenu des longues distances à parcourir, des chaînes de montagnes, du temps violent et des ressources cliniques limitées dans les hôpitaux ruraux, les fournisseurs de soins de santé des habitants doivent souvent accompagner les personnes gravement malades vers un niveau de soins supérieur, laissant ainsi leurs patients sans professionnels de la santé pendant des heures.

Pour faire en sorte que les patients qui ont besoin de soins plus aigus reçoivent les meilleurs soins possibles dans un contexte rural, Interior Health a formé une équipe d'intervention de haut niveau (HART) en milieu hospitalier qui peut être facilement déployée. Interior Health soutient l'équipe HART en partenariat avec le BCAS afin que les équipes de ce genre puissent venir en aide aux patients gravement malades dans des établissements de santé ruraux et éloignés, soit en les stabilisant afin d'éviter leur transfert, soit en les transportant vers un niveau de soins supérieur.

Trois centres d'aiguillage régionaux répartis dans l'ensemble du territoire d'Interior Health peuvent compter sur les services d'un membre de l'équipe HART 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les membres de l'équipe HART sont généralement des infirmières autorisées qui ont une formation spécialisée et un matériel qui leur permettent d'assurer des services de transport par des experts entre les installations à partir d'établissements ruraux ou éloignés. Les membres de l'équipe HART doivent s'intégrer à leurs hôpitaux de base où ils font de la sensibilisation sur les soins en phase aiguë et où ils offrent d'autres services de soutien clinique lorsqu'ils ne sont pas affectés au transport. Des inhalothérapeutes spécialisés sont disponibles sur appel pour le programme HART et consacrent habituellement 38 % de leur temps à des cas aigus qui nécessitent une surveillance et une intervention avancées.

Comme ils sont un élément central du service HART, les cliniciens doivent consigner toutes les interventions à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux dans un registre de données électronique. Ces données comprennent une vérification de l'assurance de la qualité entreprise par le personnel, dans laquelle les cliniciens ont la possibilité de déterminer les aspects qui ont bien marché et les points qui doivent être améliorés, ce qui permet au personnel de jouer un rôle actif dans l'élaboration du programme. Les utilisateurs finaux du service HART ont également l'occasion de donner leurs impressions sur l'initiative. Tous les documents sont ensuite étudiés par le chef d'équipe clinique et le directeur médical local sur les plans de la qualité des soins, de la documentation, de l'analyse comparative des opérations et des questions de communication. Le chef d'équipe clinique et le directeur médical local transmettent ensuite leurs commentaires aux cliniciens du service HART et peuvent également se servir de leurs constatations pour cerner des possibilités d'améliorer le perfectionnement professionnel et l'efficacité des opérations.

## RÉPERCUSSIONS :

Dans plus de 1 000 transferts réalisés à ce jour, le service HART atteint le niveau de référence en matière de rendement pour la prestation auprès des patients 88 % du temps. Dans les hôpitaux de base, l'équipe HART a répondu en tout à 1 027 demandes d'interventions rapides fondées sur l'outil de dépistage des signes d'avertissement précoces. En procédant à une analyse



plus approfondie des pointages obtenus à l'aide des avertissements précoces, les responsables du programme espèrent pouvoir déterminer si le service HART améliore la stabilité physiologique des patients qui leur sont confiés.

Interior Health consacre environ 800 000 \$ chaque année par équipe hospitalière de base pour assurer ce service.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Après la région Trail, le programme a été lancé à Cranbrook, à Kamloops et à Penticton. Les cas de réussite étaient également courants dans les autres emplacements, comme les deux victimes d'incendie à Lytton qui ont été sauvées par l'équipe d'intervention du service HART. Les équipes HART dans l'ensemble du territoire d'Interior Health ont procédé à plus de 211 transports au cours de la première année de mise en place et ont affirmé être bien accueillies par le milieu médical.

Les grandes priorités pour le programme consistent notamment (1) à explorer les possibilités d'optimiser la communication et la coordination entre l'établissement qui envoie le patient, le BCAS et l'équipe HART afin d'améliorer les délais d'intervention et les résultats pour les patients; (2) à étendre le service dans les zones proposées qui pourraient être desservies par le service HART, comme à Vernon; (3) à élargir la portée de la pratique de manière à inclure les patients pédiatriques; (4) à officialiser les services de sensibilisation aux interventions rapides en milieu hospitalier dans toutes les bases du service HART; et (5) à développer davantage la pollinisation croisée des ensembles de compétences des infirmières autorisées.

#### PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Brent Hobbs  
Titre : Directeur régional, Services de transport des patients  
Organisme : Interior Health  
Courriel : [Brent.Hobbs2@interiorhealth.ca](mailto:Brent.Hobbs2@interiorhealth.ca)  
Téléphone : 250-870-5758  
Dernière mise à jour : Le 2 juillet 2013

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

Rossi, V. (1<sup>er</sup> février 2012). Critical care specialists sharpen skills. *BC Local News*. Extrait de : <http://www.bclocalnews.com/news/138502399.html?mobile=true>

BC Patient Safety & Quality Council. (1<sup>er</sup> mars 2013). *Mobile intensive care: Team approach to continuous quality improvement* [notes de présentation]. Extrait de : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/g3-brent-hobbs>

Brayman, C., Hobbs, B., Hill, W., Watson, D-L., Kaus, R., Lamont, S., ... Takeuchi, L. (2012). ICU without walls—Interprofessional high acuity response teams (HARTs) improve access to higher level of care in rural and remote communities. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, vol. 48, n° 4, 14–19. [http://www.csrt.com/en/publications/files/CJRT/Winter\\_2012/Article2.asp](http://www.csrt.com/en/publications/files/CJRT/Winter_2012/Article2.asp)

Interior Health. (14 mars 2012). New specialized team to serve South Okanagan [communiqué de presse]. Extrait de : <http://www.interiorhealth.ca/AboutUs/MediaCentre/NewsReleases/Documents/New%20High%20Acuity%20Response%20Team%20for%20South%20Okanagan.pdf>

Interior Health Careers: Registered Nurses/Registered Psychiatric Nurses.  
<http://www.interiorhealth.ca/sites/careers/OurCareers/Nurses/Pages/RegisteredNurses.aspx>

Blais, S. (14 mars 2012). Interior Health launches local HART. *Penticton Western News*. Extrait de : <http://www.pentictonwesternnews.com/news/142707535.html>

Petruk, T. (18 janvier 2012). A HART that saves lives. *KamloopsThisWeek.com*. Extrait de : <http://www.kamloopsthisweek.com/community/137598273.html>

External Source: [N/a](#)



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

# Dépistage ciblé de troubles génétiques traitables chez les nouveau-nés des Amish du Vieil Ordre dans le sud-ouest de l'Ontario

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

**APERÇU :** Cette pratique novatrice permet de dépister et de déterminer les nouveau-nés présymptomatiques qui sont vulnérables aux troubles génétiques.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les Amish du Vieil Ordre vivant dans le sud-ouest de l'Ontario forment une population distincte qui se définit elle-même et qui a des besoins uniques en matière de soins de santé. Les Amish possèdent beaucoup de connaissances sur les maladies héréditaires et ils conservent d'excellentes archives généalogiques. Ils s'intéressent également au maintien de la santé et au traitement des maladies, surtout en ce qui concerne leurs enfants. Ils ont toutefois tendance à demander des conseils médicaux à un stade avancé de la maladie, ce qui peut rendre le traitement moins efficace. Les recherches antérieures ont permis de déterminer les mutations de l'ADN précises qui causent le glaucome juvénile, la fibrose kystique, la galactosémie et la cystinose chez les Amish. Tous ces troubles peuvent être traités dans le but d'améliorer ou de retarder l'apparition des symptômes. En 2003, un programme de dépistage ciblé des nouveau-nés a été conçu à l'aide d'un financement de l'organisme The Change Foundation afin de dépister les nouveau-nés présymptomatiques qui sont vulnérables à ces troubles.

Le programme de dépistage ciblé des nouveau-nés comportait : 1) un dépistage de cette population mal desservie à l'aide de méthodes axées sur les molécules d'ADN afin de déceler les quatre troubles traitables particuliers; 2) la participation des aînés de la communauté à titre de conseillers dans le cadre du processus de planification pour s'assurer que le programme soit accepté; 3) l'éducation des fournisseurs de soins de santé de la communauté; 4) une collaboration avec les différents fournisseurs de soins de santé de la région dans le but de renseigner les familles Amish sur le projet; 5) l'inclusion d'un membre de la communauté dans l'organisation des activités communautaires éducatives; et 6) un dépistage dans les maisons où les naissances ont lieu. Les femmes enceintes sont informées du programme de dépistage des nouveau-nés principalement par les sages-femmes et les infirmières-hygiénistes. Elles reçoivent de l'information sur le dépistage des nouveau-nés et décident si elles veulent y participer ou non. Des échantillons de sang sont prélevés dans le cordon ombilical après l'accouchement, puis des analyses des mutations de l'ADN pertinentes et des analyses des enzymes sont effectuées dans le laboratoire de génétique biochimique.

## RÉPERCUSSIONS :

Le projet de dépistage a été grandement accepté par les Amish du Vieil Ordre tandis que plus de 90 % des femmes enceintes orientées vers le projet ont opté pour le dépistage des nouveau-nés. Les tests d'ADN ont décelé un taux extrêmement élevé de nourrissons porteurs pour chacun des quatre troubles. Au cours des huit dernières années, plus de 300 bébés ont subi des tests et quatre nourrissons atteints de l'un des troubles ont été repérés.

Un taux étonnamment élevé d'autres troubles génétiques rares a également été observé. Des recherches sont effectuées conjointement avec un consortium qui s'étend d'un bout à l'autre du Canada afin de déceler les gènes responsables. La base de données génétiques des Amish, des Mennonites et des Huttériens (<http://www.biochemgenetics.ca/plainpeople/>) est un outil de référence utile pour les médecins qui côtoient ces populations.

À ce stade-ci, le programme n'a pas été soumis à une évaluation officielle. Cela dit, le dépistage ciblé des nouveau-nés a été intégré aux pratiques courantes dans la communauté en raison de l'intérêt considérable qu'il a suscité. Les principales leçons retenues par rapport à la conception et à la mise sur pied de ce programme ont été les suivantes : 1) l'adaptation aux différences culturelles a été indispensable à la planification et à l'exécution du projet et 2) la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé à l'hôpital (London Health Sciences Centre) et dans la communauté a permis d'améliorer la coordination des



soins, non seulement pour le dépistage des nouveau-nés, mais également pour la gestion d'autres affections rares.

**APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :**

L'équipe chargée du projet demande des fonds de subvention afin d'étendre le programme de dépistage et d'offrir un dépistage des nourrissons porteurs à la population mennonite du Vieil Ordre vivant dans le sud-ouest de l'Ontario.

Le modèle de dépistage ciblé des nouveau-nés conçu pour ce programme pourrait convenir et se prêter à toutes les populations génétiquement distinctes du Canada.

**PERSONNE-RESSOURCE :**

Nom : D<sup>re</sup> Victoria Mok Siu

Titre : Directrice médicale, Medical Genetics Program of Southwestern Ontario

Organismes : London Health Sciences Centre et Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario

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

Téléphone : 519-685-8140

Dernière mise à jour: Le 27 mars 2013

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

**Autre :**

Siu, V.M. et Rupal, C.A. (2012). Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé.

**External Source:** <http://www.biochemgenetics.ca/plainpeople/>





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

# Cadre de planification communautaire et rurale de la santé : la planification des services de santé à l'aide du modèle d'intervention pour les évaluations et les services communautaires (CASR)

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

**APERÇU :** Cette pratique novatrice propose une approche uniformisée de la planification des services de santé communautaires et ruraux aux quatre coins de l'Alberta.

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

À compter de novembre 2010, un cadre de planification provincial a été créé et mis sur pied dans le réseau Alberta Health Services (AHS). Le cadre de planification communautaire et rurale de la santé propose une approche uniformisée de la planification des services de santé communautaires et ruraux d'un bout à l'autre de l'Alberta. Le cadre mise sur les forces uniques de chaque collectivité rurale en intégrant les nouvelles méthodes de planification aux planifications antérieures des anciennes autorités régionales de la santé.

Le cadre suit le modèle Community Assessment and Service Response (CSSR), qui indique les grandes lignes d'un processus de planification qui commence par la collecte et la validation des données communautaires et qui se termine par des recommandations communautaires précises. Le processus d'évaluation détermine les principaux besoins pour la santé de la population, les services de santé actuels ainsi que les lacunes dans la prestation des services de santé. Le cadre vise à permettre à toutes les collectivités rurales d'avoir leur mot à dire dans la planification de la santé en établissant elles-mêmes leurs grandes priorités en matière de santé.

La clé de ce cadre est que ce sont les personnes qui vivent, qui travaillent et qui utilisent les services de santé dans une région géographique locale qui déterminent les priorités et les solutions. Les collectivités qui bénéficieront d'une aide à la planification CASR ciblée sont choisies au moyen d'un outil de triage fondé sur des données probantes. Les données sur la santé de la population et sur l'utilisation des sites ou des services sont rassemblées et présentées aux dirigeants de la zone. Des membres importants de la collectivité (citoyens, personnel de la santé, médecins, représentants élus) sont choisis afin de mettre la planification de leur collectivité géographique en contexte et en perspective. Les besoins, les solutions et les mesures à prendre les plus importants en matière de santé sont déterminés avec les membres de la collectivité. Lorsqu'elles sont approuvées par les dirigeants d'AHS, ces stratégies sont mises sur pied par des personnes qui vivent et qui travaillent dans la collectivité.

## RÉPERCUSSIONS :

Des plans d'action ont été conçus pour les collectivités concernées jusqu'à l'heure actuelle. Ces plans proposent des solutions, comme réserver un lit destiné aux soins de relève auprès du réseau Community Care Access dans le but de multiplier les options de répit ou aligner les bureaux de soins à domicile entre les collectivités voisines afin d'accroître le soutien pour les soins à domicile. Des sondages sur la satisfaction sont distribués aux participants après chaque séance de mobilisation. Des évaluations par des équipes internes ont également été conçues pour estimer la réussite du processus et pour signaler les points à améliorer. Ces particularités font partie d'un cadre d'évaluation CASR global.

Environ 1 200 questionnaires remplis ont été recueillis auprès des participants, de la phase I à la phase III, et la réaction a été extrêmement positive. Par exemple 93,1 % des répondants avaient l'impression qu'ils pouvaient exprimer leurs idées pendant la séance et 87,4 % des répondants ont trouvé le processus utile. Des membres des équipes internes et des dirigeants de zones l'ont également trouvé intéressant en affirmant que la souplesse du cadre leur avait permis d'adapter leur processus en



fonction des besoins particuliers de leur collectivité.

Un plan de services triennal qui indique les grandes lignes du processus et des mesures à prendre est fourni à la collectivité afin d'assurer une reddition de comptes et de maintenir la mobilisation des participants. Quant à la durabilité à long terme, le plan vise à revoir ces collectivités dans l'avenir afin de réévaluer leurs grandes priorités au fur et à mesure que les données démographiques et les besoins en soins de santé de la population changent.

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

Le processus CASR s'appuie sur des principes de mobilisation de la collectivité qui pourrait être utilisés pour les évaluations des besoins sanitaires dans plusieurs milieux. Le cadre est un modèle à suivre pour permettre aux collectivités rurales de participer à la planification de la santé. Les résultats à l'échelle locale ont été utilisés pour stimuler non seulement la planification locale, mais également la planification dans la zone et la province, ainsi que pour harmoniser les stratégies et les priorités provinciales aux besoins locaux en matière de santé.

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

Nom : Maz Rahman  
Titre : Planificateur principal – Priorités et rendement  
Organisme : Alberta Health Services  
Courriel : [Maz.Rahman@albertahealthservices.ca](mailto:Maz.Rahman@albertahealthservices.ca)  
Téléphone : 780-735-1414

Dernière mise à jour : Le 2 avril 2013

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

##### **Autre :**

- Gyennin, N. (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.

**External Source:** <http://www.albertahealthservices.ca/community&ruralplanning.asp>



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

# Long and Brier Island Community Paramedicine Project (projet de paramédecine pour les collectivités des îles Long et Brier)

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les îles Long et Brier sont deux îles éloignées situées en Nouvelle-Écosse et ayant une population globale d'environ 1 240 habitants. Le trajet jusqu'à ces îles nécessite une heure de voyage en automobile et traversier à partir de la ville la plus proche, Digby. L'accès aux services de soins primaires sur ces îles demeure minime depuis des années, puisqu'il n'y a aucun médecin résident. À la place, du personnel paramédical et une infirmière autorisée offrent des services de santé à ces résidents. Si d'autres services de santé sont nécessaires, un trajet de 50 minutes est effectué jusqu'à l'hôpital général de Digby. En 2001, les Services d'urgence de santé (SUS) et les résidents ont inauguré une initiative d'une durée de trois ans axée sur l'accroissement de l'accès aux professionnels de la santé sur les îles. L'initiative se compose d'un modèle innovateur de prestation de services de santé qui utilise le modèle de pratique plus répandu de la paramédecine communautaire. De plus, une nouvelle collaboration a été établie dans le cadre de cette initiative avec des infirmières praticiennes (IP) autorisées. L'IP agit également à titre d'agent de liaison avec un médecin de l'extérieur, à Digby. Ce modèle utilise les ressources humaines en santé des îles et démontre une approche innovatrice en matière d'adaptation des modèles de prestation aux besoins de la collectivité.

L'établissement d'un centre de soins ambulatoires avec un accès accru aux soins paramédicaux marquait la première phase de ce modèle. Le personnel paramédical a offert des soins ambulatoires tous les jours, 24 heures sur 24, aux résidents au cours de cette phase. Les services paramédicaux se sont développés lors de la deuxième phase afin d'inclure des rôles cliniques et la prestation de services non urgents. La troisième phase marquait l'ajout de l'IP et, par conséquent, a mené au développement accru des services non urgents offerts par l'IP, des soins complexes prodigués par le personnel paramédical et des programmes de prévention et promotion menés par l'équipe de soins de santé.

Avec l'accroissement des besoins des résidents, on offre un perfectionnement professionnel continu aux membres du personnel paramédical afin de les aider à mieux s'adapter aux besoins de la collectivité et à devenir des experts de la prestation de divers services médicaux aux résidents des îles Long et Brier. Les séances d'apprentissage se sont révélées une ressource essentielle en vue de la promotion de ces développements.

Cette initiative s'appuie non seulement sur les soins communautaires, mais démontre également le rôle de la communication et de la collaboration efficace parmi les professionnels de la santé, les résidents de la collectivité et les dirigeants provinciaux en offrant des soins accessibles et adéquats.

## RÉPERCUSSIONS :

Le modèle Long et Brier a permis d'obtenir avec succès un accès accru aux services de soins de santé primaires pour les résidents de ces deux îles. Lors d'entrevues avec les résidents, on a souligné les cas de réussite personnelle et la satisfaction concernant les services de santé offerts par le personnel paramédical et les IP. Ils ont également fait remarquer que leur état de santé s'est amélioré, et ils ont exprimé leur satisfaction concernant les temps d'attente et temps de déplacement plus courts pour obtenir un accès aux soins. Ces cas ont été documentés et publiés dans les communiqués et rapports sur les programmes récents sur les sites Web du gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

De plus, la collecte de données préliminaires a indiqué une diminution de 23 p. cent des visites au service d'urgence par les insulaires et une augmentation des contacts avec les patients dans le cadre du projet de 250 à 300 au cours de l'exercice 2002-2003. La moyenne des visites par les insulaires aux établissements de Digby a diminué de 24 à 28 p. cent de 2001 à



2006. Les données et les chiffres ont été documentés dans les rapports sur les programmes.

#### APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

À la fin de 2006, la bande de Beausoleil sur l'île Christian du lac Huron en Ontario a amorcé un programme inspiré du projet de paramédecine pour les collectivités des îles Long et Brier de la Nouvelle-Écosse. Au cours de sa première année de mise en œuvre, de novembre à juillet, le personnel paramédical a effectué 1 000 visites à domicile, durant près de 495 heures au total, en plus du traitement de leur volume habituel d'appels d'urgence (environ 300 appels par année). Le personnel paramédical de la collectivité effectue en moyenne six visites à domicile par jour, en faisant l'examen de trois mêmes patients tous les jours et en visitant parfois jusqu'à neuf patients. Les examens médicaux quotidiens et la pratique élargie du personnel paramédical ont permis de réduire le nombre de transferts et d'admissions à l'hôpital à cet emplacement. Les intervenants de programmes similaires à des endroits éloignés, dans des pays comme l'Australie et l'Écosse, ont également consulté les administrateurs du modèle Long et Brier à propos de leur projet.

Ceux qui veulent mettre en place cette pratique innovatrice dans un contexte différent doivent être au courant que l'on a modifié radicalement pour ce projet la portée traditionnelle du travail du personnel paramédical impliqué. Ayant l'habitude de répondre rapidement aux appels d'urgence dans un délai bien précis, le personnel paramédical est maintenant appelé à consacrer davantage de temps aux résidents afin de mener des évaluations pour la prévention des chutes, de participer aux programmes de formation mensuels destinés aux premiers intervenants avec les services d'incendie des îles et d'établir en règle générale des relations plus étroites avec les services locaux de santé à domicile, notamment les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.

La réussite du projet de paramédecine pour les collectivités des îles Long et Brier a suscité un intérêt concernant le développement de l'initiative et des établissements dans le comté de Digby. En novembre 2012, le premier ministre Dexter a annoncé un investissement sur deux ans dans un nouvel établissement de soins de santé pour le comté de Digby qui continuera à offrir des soins aux résidents des îles à l'aide du modèle ayant une portée élargie. L'établissement regroupera la clinique et le centre de SUS afin d'optimiser la collaboration et de centraliser les services.

Enfin, en février 2011, les SUS ont inauguré une initiative subséquente de paramédecine de portée élargie dans le cadre du plan intitulé *Better Care Sooner*. Semblable au projet de paramédecine pour les collectivités des îles Long et Brier, dans le modèle de soins des centres d'urgence en collaboration, on a recours au personnel paramédical comme professionnels de la santé qui peuvent offrir une gamme plus vaste de services dans les endroits éloignés. L'objectif consiste à prodiguer des soins aux aînés à leur domicile dans les régions éloignées grâce à la collaboration du personnel paramédical, des IP, du personnel des SUS et de Capital Health. De plus, le ministère de la Santé de la Saskatchewan adopte également le concept de paramédecine communautaire.

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

- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (18 janvier 2013). *P.E.I. exploring Nova Scotia's innovative emergency care model* [Communiqué]. <http://novascotia.ca/news/release/?id=20130118007>
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (27 septembre 2012). *Province invests in new health-care facility for Digby County* [Communiqué]. <http://novascotia.ca/news/release/?id=20120927003>
- Nova Scotia Health and Wellness. (s.d.). *Emergency health services: System report fiscal years 2009–10 and 2010–11*. [http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/EHS\\_System\\_Report\\_2011.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/EHS_System_Report_2011.pdf)
- Lanktree, G. (avril 2008). *Paramedics ease rural MD's load*. *National Review of Medicine*, vol. 5, n° 4. [http://www.nationalreviewofmedicine.com/issue/2008/04/5\\_advances\\_medicine04\\_4.html](http://www.nationalreviewofmedicine.com/issue/2008/04/5_advances_medicine04_4.html)
- Garza, M. (26 juillet 2008). *Beyond EMS: Community paramedics make house calls*. <http://www.jems.com/article/cardiac-circulation/beyond-ems>
- Dobson, T. et Buchholz, K. (s.d.). *Community paramedicine and the extended care paramedic* [Notes de présentation]. Système des services d'urgence de santé de la Nouvelle-Écosse, Halifax, N.-É. [http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking\\_up\\_the\\_pace\\_files/Ken\\_Buchholz.sflb.ashx](http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/Ken_Buchholz.sflb.ashx)
- Services d'urgence de santé de la Nouvelle-Écosse. (1<sup>er</sup> avril 2005). *Community paramedicine: A part of an integrated health care system*. <http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/Community%20Paramedicine%20Article.pdf>

#### PERSONNE-RESSOURCE

Nom : Connie Day  
Titre : Infirmière praticienne  
Organisme : Island Health Centre & EHS Paramedic Excess Line Capacity



Numéro de téléphone : 902-839-2398

Courriel : [info@swndha.nshealth.ca](mailto:info@swndha.nshealth.ca)

Dernière mise à jour : 6 mars 2013

**External Source:** <http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/Community%20Paramedicine%20Article.pdf>



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

# Modèles de prestation de services de santé dans Les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations

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

## DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Des problèmes qui mènent à la fragmentation des programmes et qui ont une incidence sur la continuité des soins dans les collectivités éloignées et isolées ont été répertoriés dans le cadre plurigouvernemental des services de santé des Premières Nations. En août 2010, Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations ont lancé un projet de recherche de deux ans, *Modèles de prestation des services de santé dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations*, afin de déterminer une option permettant de transformer la prestation de services de santé dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations. Les objectifs ne consistaient pas seulement à améliorer la qualité, l'efficacité, l'efficience et la viabilité des soins dans ces collectivités, mais également à renforcer l'intégration et la coordination des soins au sein même du système de santé provincial. Ce projet comprenait un volet de recherche primaire et secondaire, mais aussi des groupes de discussion pour les prestataires de soins de santé, les clients et les administrateurs du système afin de définir les problèmes, les difficultés et les modèles de prestation de services. Santé Canada assurait le financement du projet.

Actuellement, dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations, les services sont axés principalement sur des soins actifs épisodiques et consistent en une série de programmes cloisonnés rarement intégrés ou complémentaires à l'échelle de la collectivité, et encore moins à celle des services de santé provinciaux. Les besoins en services de santé non satisfaits sont importants, particulièrement en ce qui concerne les soins aux malades chroniques et la santé mentale, et les difficultés à répondre aux besoins de base en matière de santé publique vont en augmentant. Les coûts deviennent insupportables, avec un taux d'augmentation annuelle supérieur à 5 %. Le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier se heurtent à des problèmes substantiels. Les incitatifs du système récompensent de hauts niveaux d'utilisation et la dépendance. En outre, la supervision et la surveillance font défaut, tandis que les systèmes de collecte de données sont inadéquats ou non existants.

Le projet a révélé que ces collectivités nécessitaient un nouveau paradigme de prestation de services — un système qui soit enraciné dans la vision holistique de la santé propre aux Premières Nations; qui offre une gamme complète de services de santé efficaces et de haute qualité; qui soit axé sur la santé de la population et les déterminants de santé; qui ait une solide infrastructure de services de santé professionnels et similaires; qui soit fondé sur la coopération et l'intégration à tous les niveaux; et qui soit plus réceptif, résilient, viable, abordable, efficace et responsable que le paradigme actuel

Pour amener des changements au cours des cinq prochaines années, cinq orientations clés ont été définies à la suite de consultations et d'analyses de données : réorienter les services vers un modèle interdisciplinaire de soins élargis; prendre des mesures à l'égard des générateurs de coûts; prendre des mesures à l'égard de l'accès aux services; renforcer le point de vue de la collectivité relativement à la conception des services et porter une attention accrue à la santé de la population; optimiser les technologies, la gestion de l'information et les infrastructures. Avec une utilisation efficace des processus de gestion du changement et des activités connexes, comme les plans transitoires de la collectivité ou de la région, les évaluations de l'état de préparation, les agents de changement, la modification de la composition des équipes de santé, et avec l'intégration et la coordination des services implantés dans la collectivité, les services de santé dans les collectivités éloignées et isolées devraient être plus viables, d'une qualité plus élevée et plus efficacement coordonnés aux services de santé provinciaux.

La deuxième phase de ces travaux est en chantier et comprend un processus quinquennal de changement encadré qui prévoit la participation active des collectivités des Premières Nations, des régions et du quartier général de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). La fonction des diverses phases du projet et de son échéancier est de donner un élan (2012-2013), d'évaluer le changement (2013-2014 et 2014-2015), puis de l'amplifier et de le consolider (2015-2016 et 2016-2017).



## RÉPERCUSSIONS :

Un cadre d'évaluation et des mesures de rendement sont en préparation.

Les effets positifs de ce nouveau paradigme de prestation de service devraient être :

- de faciliter l'intégration avec les provinces, puisqu'il s'aligne plus étroitement sur l'orientation des services de santé provinciaux;
- de faciliter la gestion ultérieure par les Premières Nations, puisqu'il tient compte de problèmes que celles-ci avaient signalés, et qu'il les associe à sa restructuration;
- de donner des résultats aussi bien à l'échelle de la collectivité, du conseil tribal ou tout autre échelon des autorités sanitaires des Premières Nations;
- d'accroître la stabilité et la prévisibilité du système;
- d'améliorer avec le temps le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier;
- de développer la capacité et les compétences des intervenants de la santé en milieu communautaire;
- d'améliorer la qualité des soins de santé et les résultats de santé de la population.

## APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce projet est particulier aux collectivités éloignées et isolées des Premières Nations, toutefois son approche sera utile pour des services de santé en milieu rural dans les provinces et les territoires.

## PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Debra Gillis  
Titre : Directrice administrative, Soins primaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits  
Organisme : Santé Canada  
Courriel : [debra.gillis@hc-sc.gc.ca](mailto:debra.gillis@hc-sc.gc.ca)  
Téléphone : 613-957-6359

Dernière mise à jour : 21 décembre 2012

Site Web d'intérêt :

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





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

## Clinique Minowé

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

*Il y avait un énorme système d'organismes qui fournissaient des services de santé et des services sociaux. Essayer de changer un vaste système de services publics avec toute sa structure, ou de l'adapter dans la manière dont il fournit des services aux Autochtones, c'était comme essayer de faire virer de bord un immense bateau. Nous savions que nous devons créer de nouveaux mécanismes de collaboration, de nouvelles manières de penser et de nouveaux moyens d'action.*

– Édith Cloutier, directrice générale, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

La Clinique Minowé, à Val-d'Or, au Québec, est un modèle novateur de prestation des services intégrés de santé et sociaux pour les Autochtones en milieu urbain. Le projet de la Clinique Minowé est né d'un partenariat entre le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (principal organisme de services pour les Autochtones de la région), le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée de l'or (CSSSVO, bureau régional du système provincial de santé et de services sociaux) et le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT, centre régional des services de protection de la jeunesse). Ces organismes se sont regroupés pour répondre à des préoccupations que partagent de nombreuses communautés au Canada. La première est l'existence de disparités considérables et défavorables entre l'état de santé des Autochtones et l'utilisation qu'ils font des services de santé, d'une part, et ces mêmes facteurs pour le reste de la population, d'autre part. La seconde tient au fait que les familles autochtones de la région sont beaucoup plus souvent signalées aux services sociaux que les familles non autochtones.

En décembre 2008, avec l'appui du Fonds de transition pour la santé des Autochtones de Santé Canada, les partenaires ont commencé à travailler à un projet pour concevoir un nouveau modèle de services de santé et sociaux en milieu urbain. Leur objectif était de créer un modèle fondé sur de nouveaux mécanismes de collaboration et de partenariat, qui repose sur une connaissance et une compréhension des besoins de services de santé et sociaux des Autochtones, et qui appuie la planification et la prestation de ces services de manière à en accentuer l'accès pour les Autochtones. Le modèle élaboré par eux offre des services intégrés et culturellement adaptés de santé et sociaux aux Autochtones, dans un organisme communautaire autochtone.

La Clinique Minowé a ouvert ses portes en février 2011, avec une infirmière auxiliaire autorisée, un travailleur social et un coordonnateur. Ses services de santé comprennent des soins prénatals, natals et postnatals aux enfants et aux familles, ainsi que des activités de promotion de modes de vie sains auprès de tous les membres de la communauté. L'infirmière a été autorisée à prescrire et à injecter le contraceptif Depo-Provera, le suivi étant fait par un médecin affilié à la clinique. Le travailleur social apporte un appui aux enfants, aux jeunes, aux parents ainsi qu'aux familles élargies, aux différentes étapes du processus de protection de la jeunesse.

Les services culturellement adaptés de la Clinique Minowé répondent aux besoins concrets des Autochtones et de leurs communautés. Située dans le Centre d'amitié autochtone, la clinique offre un environnement culturellement sécuritaire. L'établissement et ses praticiens suivent une approche holistique de santé et de mieux-être et se vouent au développement de la communauté. L'infirmière et le travailleur social assurent la liaison entre les membres de la communauté et toute une gamme de services et de programmes, dont beaucoup sont offerts sur les lieux mêmes du Centre d'amitié. Les membres du personnel de la clinique ont une présence très visible et très active au sein de la communauté et ils ont réussi à établir de puissants liens de confiance avec elle. L'infirmière et le travailleur social font tous deux des visites à domicile et voyagent ensemble (faisant jusqu'à quatre ou cinq heures de route) pour visiter les camps d'été des familles.

Depuis son ouverture, il y a un peu moins de deux ans, la Clinique Minowé a rapidement pris de l'expansion. La demande de services a considérablement augmenté, tout comme la charge de travail de l'infirmière et du travailleur social. Les familles qui sont signalées aux services sociaux et celles qui cherchent à obtenir des services à la Clinique Minowé ont plus tendance à se présenter à leurs rendez-vous que les familles ne le faisaient avant l'ouverture de cet établissement. Les témoignages convaincants des clients montrent comment les services de la clinique ont influencé leur santé et leur mieux-être. À titre d'exemple, citons une femme enceinte, qui a lutté contre la toxicomanie. Peu avant son accouchement, elle a songé à abandonner son enfant à la naissance. Mais grâce à l'aide de l'infirmière et du travailleur social de la Clinique Minowé, elle a





pu suivre un programme de traitement en établissement résidentiel. Depuis, elle est restée sobre. Actuellement, elle a pleinement la garde de son jeune enfant.

La valeur et l'importance du modèle de la Clinique Minowé sont reconnues à l'échelle régionale, nationale et internationale. Les partenaires travaillent actuellement avec des représentants d'autres centres d'amitié autochtone pour planifier l'application du modèle de la clinique à d'autres communautés au Québec. L'Alliance de recherche universitaire communautaire ODENA a donné la clinique en exemple pour montrer comment une action communautaire, alliée à la recherche, peut mener à une solide base de connaissances, en vue d'élaborer des politiques publiques.

Plusieurs facteurs ont grandement contribué à la réussite de la clinique. Le Centre d'amitié autochtone a fait preuve d'un puissant leadership et l'engagement des membres de l'équipe a permis au projet de garder son élan, de la conception jusqu'à la mise en œuvre. Le financement alloué par le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) a donné aux partenaires le temps et les ressources voulus pour bien planifier et démarrer le projet. Les partenaires ont sollicité et obtenu la confiance des décideurs, y compris celle de chefs de services régionaux et de ministres du gouvernement provincial. Les partenaires ont aussi mobilisé leurs propres ressources pour appuyer le projet de clinique : le CSSSVO a pris en charge le salaire de l'infirmière, tandis que le CJAT paie celui du travailleur social. Le Centre d'amitié autochtone a fait appel à un chercheur universitaire qu'il connaissait pour appuyer les activités de recherche du projet. De plus, les partenaires ont obtenu des fonds d'une fondation privée pour le poste de coordonnateur de la clinique.

Les enjeux majeurs de la clinique sont liés à la nécessité de trouver des sources de financement adéquates et durables et de gérer l'expansion rapide de la clinique. Pour faire face à la croissance actuelle et future, le Centre d'amitié autochtone réorganise actuellement ses propres structures, afin de mieux les intégrer. La coordination des services contribuera à une mobilisation plus judicieuse des ressources internes et appuiera l'approche holistique de la clinique. Face à la demande sans cesse croissante de services, le Centre d'amitié reconnaît que la clinique aura besoin de plus d'espace physique. Il planifie donc un projet de construction pour agrandir le bâtiment occupé présentement. La clinique conserve soigneusement des statistiques sur ses activités ainsi que des données qualitatives sur les retombées de ses services. Ces données seront extrêmement précieuses pour toute future demande de financement.

Pour toute demande de renseignement sur la Clinique Minowé, s'adresser directement à Édith Cloutier, directrice générale, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or ([edith.cloutier@caavd.ca](mailto:edith.cloutier@caavd.ca)). Des renseignements complémentaires sur la Clinique Minowé sont donnés en ligne à [http://caavd.ca/admin/editor/asset/CliniqueMinowe\\_ANGw\\_2fev.pdf](http://caavd.ca/admin/editor/asset/CliniqueMinowe_ANGw_2fev.pdf).



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

## WRHA Framework for Action: Cultural Proficiency & Diversity

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

*Tous les services de l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg qui ont été conçus pour appuyer les Autochtones sont maintenant placés dans le contexte d'un cadre d'action plus vaste pour la capacité et la diversité culturelles. Ce cadre d'action est né de la compréhension, que dans un système de cette envergure, il est aisé de se dissocier. Nous avons voulu conserver la force de toutes les activités, mais nous savions aussi la nécessité d'un cadre d'action qui appuie la capacité culturelle de l'organisation, pour ne pas marginaliser davantage des populations déjà marginalisées.*

– D<sup>re</sup> Catherine Cook, vice-présidente, Population et Santé autochtone, WRHA

L'autorité sanitaire régionale de Winnipeg (acronyme anglais WRHA) a donné la preuve de son engagement à renforcer la sécurisation culturelle pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis et à améliorer les résultats de santé de la population autochtone. Les programmes de santé pour les Autochtones (acronyme anglais AHP) de la WRHA ont pour objectif de développer la capacité de la WRHA à répondre aux besoins de la communauté autochtone. La portée et les retombées des activités des AHP sont appuyées par l'adoption récente d'un cadre d'action systémique pour la capacité et la diversité culturelles, qui est un plan complet d'action conçu pour permettre à la WRHA d'offrir les meilleurs soins de santé à tous, quelles que soient leurs identités culturelles ou leurs compétences linguistiques.

La WRHA dessert les habitants de Winnipeg et des régions rurales environnantes, du Nord-Ouest de l'Ontario et du Nunavut. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis forment un pourcentage important et croissant de la population dans chacune de ces régions, et la communauté autochtone de Winnipeg est l'une des plus vastes en milieu urbain au Canada. Comme partout dans le reste du pays, des iniquités considérables existent entre l'état de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis et celui des autres résidents. Travaillant en collaboration avec les autres programmes et services de la WRHA, ainsi qu'avec des organismes communautaires et gouvernementaux, les AHP répondent aux besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis en suivant une approche coordonnée pour leur offrant toute une gamme de services. Afin d'améliorer l'expérience des soins de santé et la sécurisation culturelle des patients des Premières Nations, inuits et métis, les AHP leur facilitent l'accès à des soins spirituels et culturels, à des services de guérison traditionnels et à des interprètes de langues locales autochtones. De plus, ils font la liaison entre les patients et les ressources communautaires, prennent la défense des clients, veillent à la bonne planification et coordination des sorties d'hôpitaux. Les AHP font aussi des activités conçues pour renforcer la capacité et la compétence culturelles des prestataires de soins de santé, du personnel de la WRHA et de l'organisation dans son ensemble, dont des activités de perfectionnement et d'éducation du personnel visant à mieux le sensibiliser à la culture, à l'histoire et aux approches culturellement distinctes de santé et de mieux-être des Premières Nations, des Métis et des Inuits.

Les PSA, Ressources humaines, Services du développement communautaire, de la recherche et de l'apprentissage appliqué, sont des partenaires exécutifs qui dirigent l'élaboration et la mise en œuvre du plan de la WRHA, intitulé *Cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles*. Comme indiqué précédemment, la région desservie par la WRHA inclut de nombreux Autochtones et accueille un nombre important et croissant de nouveaux venus au Manitoba. En réponse aux besoins complexes d'une population toujours plus diverse, la WRHA a fait du développement de la compétence culturelle une priorité stratégique fondamentale. Le cadre d'action a été achevé et approuvé en 2011. La WRHA procède actuellement à sa mise en œuvre.

Ce cadre d'action est ambitieux, complet et novateur. Il souligne combien il est important de tenir compte des intérêts et des expériences d'une population diversifiée et de mobiliser authentiquement la communauté, en collaborant avec elle. Il préconise des interventions organisationnelles, structurelles et cliniques systémiques, afin de transformer le système uniformisé de santé de la WRHA pour en faire un système capable de répondre aux besoins d'une population diverse.



- Les interventions organisationnelles visent la mise en place d'un personnel et d'un leadership représentatifs à la WRHA. Les mesures d'action prises par la WRHA ont notamment consisté à favoriser le recrutement d'Autochtones, faire un travail de liaison, recruter et garder des employés autochtones, adapter et préconiser une politique de milieu de travail respectueux.
- Les initiatives structurelles ont pour objectif de rendre les services de santé plus accueillants et de mieux les adapter pour tous les clients. La WRHA a notamment formé un partenariat pluriannuel avec un conseil tribal local pour concevoir et élaborer un plan d'action afin de remédier aux écarts et aux défis d'accès du système de santé pour les Autochtones, créé des conseils consultatifs de santé communautaire (qui relèvent directement du conseil d'administration de la WRHA) et mis en place d'autres processus pour appuyer la mobilisation et la participation du public, ouvert l'accès à des services traditionnels de guérison et à des soutiens en matière de santé et de mieux-être pour les Autochtones, assuré la défense des patients autochtones et coordonné les sorties d'hôpitaux, offert des services d'interprétariat dans toutes les langues de la clientèle, créé des centres ACCESS en milieu communautaire (« guichets uniques » pour les services de santé et sociaux) dans toute la région et ouvert la BridgeCare Clinic pour les immigrants récemment arrivés, parrainés par le gouvernement, au Manitoba.
- Les interventions cliniques ont pour but d'aider les prestataires de soins de santé à acquérir les connaissances, les compétences et les outils requis pour bien gérer les répercussions de la culture sur leurs pratiques cliniques. Les mesures d'action prises par la WRHA ont notamment visé à donner à son personnel une formation à la sensibilisation envers les Autochtones et des ateliers de capacité et de diversité culturelles, établir un partenariat avec le projet Dignity in Care, qui apporte aux praticiens des idées et des outils concrets pour développer une culture de compassion et de respect à la WRHA.

L'une des leçons tirées par les AHP est que, bien que le conseil d'administration et la haute direction de la WRHA soutiennent résolument le programme des AHP, le défendent et lui trouvent des ressources, il reste dans une certaine mesure considéré comme un programme marginalisé « spécial ». Pour citer la D<sup>re</sup> Cook, vice-présidente de la WRHA, Population et Santé autochtone : « Il est important que tous les programmes *pensent* à la population autochtone, *pensent* à la diversité de la population quand ils planifient leur travail... Ils continuent de croire que quelqu'un leur dira s'il faut le faire. C'est un défi. » Pour être durables, les changements devront se faire au niveau des connaissances, des attitudes, des valeurs, des politiques et des pratiques à tous les échelons de l'organisation. Le cadre d'action est conçu pour appuyer ce type de transformation en renforçant les atouts et les succès de l'organisation, en mobilisant tout le personnel envers la compétence culturelle et en intégrant cette compétence culturelle au système de la WRHA en tant qu'élément essentiel.

La WRHA a accumulé des preuves considérables pour montrer les répercussions des activités du cadre d'action entreprises par les AHP et les autres services. Elle a recueilli et publié des données empiriques qui témoignent de l'appui accordé aux activités décrites ci-dessus, et renforcé et élargi ses partenariats communautaires. Certains aspects de la programmation des AHP et d'autres services de la WRHA (dont le perfectionnement de la main-d'œuvre, la prestation des services, l'élaboration des programmes, les partenariats et la collaboration, la responsabilisation) ont été adoptés par des organismes au Manitoba, en Saskatchewan, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Pour plus de renseignements sur les programmes de santé pour les Autochtones de la WRHA, consulter le <http://wrha.mb.ca/aboriginalhealth/index.php>. Le cadre d'action pour la capacité et la diversité culturelles est affiché en ligne au [http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/files/WRHA\\_cpd\\_framework\\_final.pdf](http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/files/WRHA_cpd_framework_final.pdf).



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

## St. John's Friendship Centre

LOCATION:	Terre-Neuve-et-Labrador	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

*Les accompagnateurs de patients autochtones ont ouvert les yeux à beaucoup de praticiens. J'ai reçu des notes de soutien qui disaient : « Je n'en savais rien. Formidable! Comment avons-nous bien pu faire sans ces gens-là? » Le programme a été très bien accueilli par le personnel médical.*

– David Penner

Directeur général, St. John's Native Friendship Centre, Terre-Neuve-et-Labrador

Le St. John's Friendship Centre à Terre-Neuve-et-Labrador a conçu des moyens novateurs d'apporter des appuis essentiels aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis qui doivent se rendre à St. John's pour obtenir des soins médicaux. Le centre gère l'hôtel-refuge Shanawdithit et le programme des accompagnateurs de patients autochtones, offert en partenariat avec Eastern Health (EH). Ces soutiens sont tout particulièrement utiles aux personnes qui doivent venir en ville en provenance de communautés lointaines et isolées.

Les accompagnateurs de patients autochtones (acronyme anglais APN) sont des employés du centre d'amitié mais travaillent au centre des sciences de la santé de l'EH. Chaque année, les deux APN viennent en aide à quelques 500 clients des Premières Nations, inuits et métis et à leurs familles. Ils sont responsables d'appuyer largement la sécurisation culturelle des clients tout au long de leur expérience au sein du système de soins actifs. Les APN sont intégrés à une équipe pluridisciplinaire, participent aux visites médicales chaque matin et contribuent à la capacité qu'a l'hôpital de fournir des soins culturellement adaptés et spécifiques aux Autochtones. Les APN aident les clients et leurs familles à s'orienter dans le système de santé, les accompagnant à leurs rendez-vous médicaux, veillant à ce qu'ils comprennent leurs problèmes et leurs besoins, organisant des cérémonies sur les lieux et répondant à d'autres besoins culturellement distincts. Les APN sont d'excellents communicateurs et parlent souvent couramment une ou plusieurs langues autochtones locales. Ils ont aidé le personnel médical à intégrer le respect de la culture de leurs patients à leur pratique et à mieux communiquer et interagir avec leurs clients autochtones.

Les APN cherchent à minimiser le temps passé par leurs clients dans le système de santé en veillant à ce que leurs rendez-vous médicaux soient aussi rapprochés que possible et en contribuant à la préparation et à l'application des plans de sorties des patients. Dans quelques cas, quand l'hôpital n'a pas pu libérer un patient parce que celui-ci ne pouvait pas acheter ou obtenir un appareil médical dont il avait besoin à domicile, les APN ont commandé cet appareil qu'ils ont temporairement payé. Les patients ont donc pu rentrer à domicile, sans devoir attendre que le problème de détermination de la source de financement soit résolu. Les APN veillent aussi à ce que les membres des familles comprennent l'état de santé et les besoins des patients.

L'hôtel-refuge Shanawdithit, qui a ouvert ses portes en 2004, offre un hébergement temporaire aux Innus et aux Inuits du Labrador qui doivent se rendre à St. John's pour obtenir des services médicaux (groupe qui constitue environ deux tiers des occupants de l'établissement), à des Néo-Canadiens et à des sans-abri. Les premières années, Shanawdithit a souvent eu du mal à louer toutes ses chambres. Actuellement, la demande surpasse généralement la capacité. À St. John's, Shanawdithit est le seul hôtel-refuge à avoir une vocation culturelle et à accueillir des familles. Par souci de confort et de la sécurité des résidents, la direction a imposé des politiques de tolérance zéro pour l'alcool, les drogues et les comportements agressifs. En plus de l'hébergement, les clients de Shanawdithit ont accès à des services de transport pour voyager entre l'aéroport, l'hôtel-refuge et les divers établissements de santé. En outre, ils ont accès sur les lieux à des services de repas, de laverie et d'informatique. Au besoin, l'hôtel peut organiser des séances de counseling pour eux (service le plus souvent utilisé par des femmes qui ont été victimes d'actes de violence) et peut les aider à trouver un emploi ou un logement à plus long terme.

Shanawdithit et le programme des APN travaillent en bonne collaboration. Les APN viennent souvent rendre visite à leurs clients ou aux membres de leur famille dans l'environnement culturellement respectueux de cet hôtel-refuge. L'ensemble des



soutiens offerts par Shanawdithit et le programme des APN permet aux patients et aux clients de gérer efficacement le temps qu'ils passent à St. John's et de retourner aussi vite que possible dans leurs communautés. À Shanawdithit, et avec l'appui des APN, les clients se sentent généralement moins isolés socialement et culturellement, et plus à l'aise et plus confiants tout au long de leur expérience de soins de santé.

Le programme des APN et Shanawdithit ont réussi en grande partie parce qu'ils répondent aux besoins concrets des Autochtones et des communautés qu'ils desservent. Comme l'a souligné David Penner, directeur général du centre d'amitié, la consultation est un élément « incontournable » du succès : « Vous devez obtenir l'opinion de tout le monde, pour offrir non pas les services que *vous* voulez, ni même les services que les gens veulent à leur avis, mais les services dont les gens ont besoin. » La recherche et la documentation sont aussi des éléments clés de réussite. Les évaluations du programme des APN ont montré que les services prodigués par ceux-ci minimisent le stress et l'anxiété des clients, améliorent la coordination des soins après les heures de service, et renforcent la sensibilisation aux différences, aux pratiques et aux traditions culturelles dans le système de santé. Le personnel médical a confirmé que la symbiose des approches et des pratiques occidentales et traditionnelles a entraîné une amélioration des résultats pour les patients. Les membres du personnel ont aussi fait savoir qu'en prodiguant et en appuyant des soins culturellement adaptés, les APN les avaient aidés à devenir de meilleurs praticiens.

Le programme des APN a été lancé en tant que projet pilote en 2009 par le département d'éthique à Eastern Health, avec l'appui du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA). Le leadership d'Eastern Health et sa volonté de travailler en partenariat avec un organisme autochtone en milieu urbain (ce qui a mené à la participation du centre d'amitié) ont été des atouts précieux. Au stade du développement, les partenaires ont organisé des activités de consultation à St. John's et au Labrador et ils ont établi un comité directeur et un comité consultatif pour orienter la conception du projet. Ces organismes ont fait place à des comités permanents qui continuent de suivre le programme et de veiller à ce que les activités répondent aux besoins des membres de la communauté.

Les enjeux majeurs du programme des APN et de Shanawdithit ont trait à la nécessité d'un financement adéquat et durable. Quand le FTSA a pris fin, Eastern Health et le centre d'amitié ont dû trouver d'autres sources de fonds pour le programme des APN. Jusqu'à présent, ils n'ont pas réussi à obtenir de financement durable. Le centre d'amitié a reçu des fonds de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (pour couvrir les dépenses d'immobilisations et de démarrage de Shanawdithit) et d'autres sources provinciales et fédérales, mais il dépend principalement d'une indemnité pour son fonctionnement quotidien. La capacité qu'a Shanawdithit de recruter et de garder du personnel en a souffert, car l'établissement ne peut pas offrir des salaires à la hauteur de ceux des autres refuges locaux, qui bénéficient d'un financement global de la province. Le centre a opté pour un mode de gestion financière plus strict de Shanawdithit et suit maintenant une approche d'entreprise sociale pour tous ces programmes. Comme David Penner l'a fait remarquer : « Vous devez faire des choses qui peuvent durer, travailler en vue de l'avenir, au-delà de vos activités actuelles, et adopter une approche commerciale dans votre travail. Ce n'est pas parce que vous êtes un organisme sans but lucratif que vous ne devez pas suivre une approche à but lucratif dans votre travail. »

Pour plus de renseignements sur le centre d'amitié de St. John's, consulter le lien <http://www.sjnfc.com>.



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

## Closer to Home Strategy

LOCATION:	<b>Nunavut</b>	THÈME DE LA SANTÉ:	<b>Soins de santé primaires</b>
HEALTH SECTOR:	<b>Primary Health Care</b>	CADRE CATÉGORIE:	<b>Non classée (Archivé)</b>

Au Nunavut, un plan sur 20 ans de gestion des ressources humaines de la santé énonce une stratégie de proximité devant aider ce territoire à compter moins sur les soignants du Sud et plus sur les Nunavummiut pour répondre aux besoins locaux en services de santé. Au cœur de cette stratégie, il y a un échelonnement de la formation des professionnels de la santé, un recours au téléenseignement pour une partie de la formation – ce qui réduira au minimum le temps que doivent passer les élèves loin de leur foyer – et un programme de mentorat pour appuyer les nouveaux professionnels en début et en progression de carrière. Cette conception d'un parcours de carrière échelonné comporte ce qui suit : Échelon 1 – Évaluation des compétences de base et programmes d'accession (pour combler les lacunes des connaissances). Échelon 2 – Programmes de certificat ou de diplôme qui rendent les élèves admissibles à des postes de débutant dans divers domaines : soins de maternité, interprétation médicale, hygiène dentaire, soins à domicile, réadaptation, travail social, etc. Ainsi, les travailleurs en soins de maternité peuvent seconder les sages-femmes en donnant une formation prénatale en nutrition et en soins aux nourrissons. Échelons 3 et 4 – Programmes menant à un grade qui donnent accès aux professions d'infirmière, de sage-femme, de dentiste, de pharmacien, de médecin, de thérapeute en rééducation, etc. Ces programmes se réaliseront en collaboration avec les universités du sud du pays, le but étant de créer des cohortes interprofessionnelles d'élèves inuits qui voyageront et étudieront ensemble. Échelon 5 – Formation et stages avancés pour un leadership inuit en formation des professionnels de la santé. Un autre but de cette initiative est de s'assurer que tous les professionnels de la santé du Nunavut auront non seulement la maîtrise de leur spécialité, mais aussi de bonnes connaissances en médecine générale. La formation modulaire sera obligatoire dans les domaines suivants : valeurs et culture des Inuits; santé publique; réadaptation; santé de la mère et de l'enfant; santé mentale, toxicomanie et suicide; technologie de l'information.



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

## École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO)

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

L'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) est une faculté de médecine pionnière. École de médecine qui sert tout le nord de l'Ontario, l'EMNO est une initiative conjointe de l'Université Lakehead et de l'Université Laurentienne, dont les principaux campus sont à Thunder Bay et à Sudbury, et qui compte plusieurs installations d'enseignement et de recherche réparties dans tout le nord de la province. En formant des médecins qualifiés et en entreprenant des recherches sur la santé qui répondent aux besoins de la collectivité, l'EMNO deviendra une pierre angulaire en matière de soins de santé communautaires et contribuera à l'amélioration de la santé des habitants du nord de l'Ontario.

L'École de médecine du Nord de l'Ontario, à nulle autre pareille, est fortement orientée sur les caractéristiques propres au nord de l'Ontario. Il s'agit notamment d'une diversité de cultures et d'emplacements géographiques; d'une variété de maladies, de blessures et de schémas pathologiques qui comportent des défis cliniques particuliers; de problèmes cliniques particuliers; d'une grande variété de modèles de services de santé qui mettent l'accent sur le soutien de l'équipe de soins de santé et interdisciplinaire de la région; et de défis, de valorisations et de satisfactions professionnels et personnels qui découlent de la pratique médicale dans les milieux ruraux et du Nord.

Le mandat de l'EMNO consiste à être socialement responsable de la diversité de la région qu'elle sert, notamment les Autochtones, les francophones, les communautés éloignées, les petites et les grandes villes rurales de même que les centres urbains. Le programme d'enseignement de l'École, sa structure administrative, son programme de recherche, les données démographiques sur ses étudiants, le programme de formation professionnelle continue, et une foule d'autres éléments constituent des manifestations tangibles de ce mandat. Dans ses efforts de recrutement étudiant, l'EMNO continue de respecter son mandat de responsabilité sociale et vise à présenter des profils de classe représentatifs de la diversité culturelle du nord de l'Ontario.

External Source: [www.nosm.ca/about\\_us/default.aspx?id=68](http://www.nosm.ca/about_us/default.aspx?id=68)





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

## Strategies for Teaching Obstetrics to Rural and Urban Caregivers (STORC)

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Strategies for Teaching Obstetrics to Rural and Urban Caregivers (STORC), c'est-à-dire stratégies d'enseignement de l'obstétrique aux fournisseurs de soins en milieu rural et urbain, est un programme d'apprentissage en ligne destiné aux fournisseurs de soins périnataux de la province, lancé en 2008 par le Alberta Perinatal Health Program (APHP) (programme de santé périnatale de l'Alberta). Ce cours interactif et électronique, accessible via le SuperNet de l'Alberta, est offert aux professionnels de la santé qui ont besoin d'acquérir des connaissances élémentaires en obstétriques ou qui veulent en acquérir pour effectuer leur travail. Le programme comporte 32 modules d'auto-apprentissage sur des connaissances professionnelles de base pour les soins obstétriques, accompagnés d'un plan pour les utilisateurs qui cherchent les possibilités d'apprentissage et en font le suivi. Un des grands principes ayant mené à l'élaboration des STORC consistait à mettre au point un programme qui soutiendrait les « procédures opérationnelles » locales et les améliorerait au lieu de changer la structure d'enseignement déjà en place dans un hôpital ou une région.

L'Alberta Perinatal Health Program (APHP), créé en 2004 à l'aide de fonds de subventions octroyés par Alberta Health and Wellness (ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta), a pour mission de « favoriser la santé maternelle, les résultats positifs à la naissance et la bonne santé des nourrissons en assurant un leadership provincial et un meilleur soutien aux régions de la santé, aux professionnels de la santé, au ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta et à d'autres intervenants ». Il constitue une source de leadership et de coordination périnataux; de collecte et de gestion de données périnatales; d'amélioration et d'assurance de la qualité périnatale; et de formation de fournisseurs de soins périnataux. L'APHP tient à jour un site Web et un programme LISTSERV pour l'échange de renseignements pertinents pour la pratique périnatale dans la province et ailleurs. La mise en œuvre nécessite une application Web qui facilite la philosophie d'enseignement décrite plus haut. Des audioclips, des vidéoclips, des dessins au trait, des animations et des activités interactives font vivre à l'utilisateur une expérience plus enrichissante. Le programme est un effort conjugué des éducateurs en santé maternelle et infantile de l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et l'APHP. Problème rapporté : le programme tirerait profit de l'intégration de pratiques culturelles et de savoir traditionnel.

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





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

## Prairie Women's Health Centre of Excellence (PWHCE)

LOCATION:	Manitoba, Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Le Prairie Women's Health Centre of Excellence (PWHCE) se concentre sur l'amélioration de l'état de santé des femmes canadiennes, par le soutien qu'il apporte à la recherche et l'analyse d'inspiration communautaire, axées sur les politiques, qui portent sur les déterminants de la santé de la femme, sociaux et autres. Le PWHCE est un des centres d'excellence pour la santé des femmes qui est appuyé par le Programme de contribution pour la santé des femmes de Santé Canada. Les centres se concentrent sur l'amélioration de l'état de santé des femmes canadiennes, par le soutien qu'ils apportent à la recherche et à l'analyse d'inspiration communautaire, axées sur les politiques, qui portent sur la santé des femmes. PWHCE vise à améliorer la santé des femmes du Manitoba et de la Saskatchewan, en particulier en faisant en sorte que le système de santé et les réseaux sociaux soient plus attentifs à la santé et au bien-être des filles et des femmes. Les partenaires fondateurs du PWHCE sont la Fédération provinciale des Fransaskoises, le Prairie Region Health Promotion Research Centre, l'Université de la Saskatchewan, l'Université de Regina, l'Université du Manitoba, l'Université de Winnipeg et la Women's Health Clinic. En plus de ces six organismes partenaires, le PWHCE bénéficie du soutien de nombreux autres organismes du Manitoba et de la Saskatchewan.

Le PWHCE s'est engagé à favoriser une meilleure compréhension de ce qui détermine la santé des femmes :

- en générant de nouvelles connaissances grâce à la détermination des questions relatives à la santé des femmes et à la recherche portant sur ces questions;
- en fournissant des conseils stratégiques, des analyses et des renseignements aux gouvernements, aux organismes de santé et aux organisations non gouvernementales;
- en aidant à définir un programme de recherche sur la santé des femmes pour le Manitoba, la Saskatchewan et le reste du Canada;
- en analysant les données et les ressources relatives à la santé des femmes;
- en transmettant des connaissances qui stimulent davantage la discussion sur la santé des femmes par le truchement de publications, de divers médias, d'ateliers et de conférences;
- en créant et en renforçant des réseaux de particuliers et d'organismes.

Le PWHCE est associé et lié à des organismes, à des particuliers et à des décideurs des paliers communautaire, régional et national. La santé des femmes autochtones fait partie des domaines de recherche prioritaires.

External Source: [www.pwhce.ca/index.htm](http://www.pwhce.ca/index.htm)



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

## Services de sages-femmes – Services de santé de l'Alberta

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Les Services de santé de l'Alberta, associés à Santé et Mieux-être de l'Alberta et à l'Alberta Association of Midwives (AAM), ont travaillé de concert à ajouter des services de sages-femmes aux services financés par les pouvoirs publics de la province, à compter du 1er avril 2009. Les Services de santé de l'Alberta ont entrepris de mettre au point de nouveaux programmes de versements. L'Alberta compte actuellement 31 sages-femmes autorisées à offrir des soins

On procède à l'établissement de relations avec les intervenants autochtones et non autochtones de :

- la clinique de Fort Smith
- Yellowknife
- Hay River
- Rankin Inlet

External Source: [www.canadianmidwives.org/province/Alberta.html](http://www.canadianmidwives.org/province/Alberta.html)  
[info@alberta-midwives.com](mailto:info@alberta-midwives.com)[www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1027501](http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1027501)



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

## BRAVO (Boucane+Réduction = Amour et Volonté)

LOCATION:	Yukon	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Boucane+Réduction= Amour et Volonté (BRAVO) est un programme de réduction des méfaits élaboré dans le Yukon et qui se poursuit avec une stratégie de mise en œuvre nationale. Grâce à un financement émanant du Fonds pour les projets nationaux du PACE et du PCNP de l'Agence de la santé publique du Canada, s'échelonnant sur une période de 12 mois (d'octobre 2009 à octobre 2010), la Phase 2 de la mise en œuvre nationale de BRAVO a continué sur la lancée des réussites de la Phase 1.

Le programme BRAVO a été expressément élaboré pour les besoins des projets du programme PACE (Programme d'action communautaire pour les enfants), mais il a aussi été mis en œuvre dans plusieurs milieux et services (comme des unités de santé publique et des programmes de traitement de la toxicomanie) où l'on retrouve des femmes enceintes et des mères qui fument – tout particulièrement celles qui ne veulent pas cesser de fumer ou ne sont pas prêtes à arrêter. Les stratégies de BRAVO ont été élaborées de sorte qu'on puisse les utiliser de manière flexible et adaptable, selon la capacité et l'aisance de l'intervenante et du milieu. Elles ont aussi été élaborées pour être facilement intégrées à des programmes existants et pour n'exiger qu'une formation minimale de personnel pour être mises en œuvre.

IL NE S'AGIT PAS d'un programme pour arrêter de fumer, bien qu'il comprenne des stratégies pour aider les mères qui font ce choix. BRAVO est une stratégie encourageante et sensible aux réalités des mères qui fument et qui souhaitent apprendre comment protéger leurs enfants des effets de la fumée secondaire. Le but est de donner aux mères les moyens de protéger le plus possible leurs enfants de la fumée secondaire à la maison, sans insister sur le renoncement au tabac. Pendant l'élaboration de BRAVO, nous avons constaté l'importance de l'approche des petits gestes pour appuyer les femmes, particulièrement les mères à faible revenu, dans leurs tentatives de protéger leurs enfants des effets de la fumée secondaire. Plus important encore, nous avons redécouvert que l'approche de la réduction des méfaits encourage tant les tentatives de cessation que le renoncement permanent, en transmettant un message moins menaçant au sujet du tabagisme. Les intervenantes trouvent aussi BRAVO très facile à appliquer, car cela leur offre une approche de type « étape par étape » qu'elles peuvent adapter aux besoins de leurs sites d'intervention. Il a été prouvé que BRAVO augmente l'efficacité personnelle des participantes comme des intervenantes.

Les obstacles sont notamment la continuité du financement et la capacité des intervenantes à donner un soutien aux participantes.

External Source: [www.aware.on.ca/starss](http://www.aware.on.ca/starss)



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

## CHEP Good Food

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Le programme CHEP Good favorise l'accès à une alimentation saine et soutient les apprentissages et le développement. CHEP œuvre auprès des enfants, des familles et des communautés afin d'améliorer leur accès à une alimentation saine et de promouvoir la sécurité alimentaire. Les programmes qui relèvent de CHEP sont:

- Programmes de nutrition s'adressant aux enfants : Des programmes de déjeuners, dîners, collations et soupers sont gérés par des partenariats réunissant des groupes de parents, les écoles, le gouvernement et CHEP, dans le but d'assurer un tiers des besoins nutritionnels quotidiens des enfants.
- Kids Kitchen (la cuisine des enfants): Avec ce programme pratique de nutrition, les enfants acquièrent des compétences de base en cuisine et en nutrition dans une atmosphère divertissante.
- Community Gardening (jardinage communautaire): Les familles se retrouvent pour une planification commune et une aide mutuelle pour planter, désherber et faire la récolte. Des ateliers sur le jardinage, le compostage, la confection de conserves et de confitures ainsi que sur la nutrition font partie du programme.
- Good Food Box (la bonne boîte de nourriture): La Good Food Box est un système parallèle de distribution alimentaire qui fournit une diversité d'aliments de grande qualité, frais et nourrissants à un prix abordable. Ce programme permet aux familles d'avoir accès à des aliments frais et nourrissants dont l'aspect, l'arôme et le goût sont appétissants.
- Sécurité alimentaire: Ces programmes comprennent des activités liées à l'alimentation pour des familles avec des nourrissons ou des enfants d'âge préscolaire : par exemple des ateliers sur la préparation à la maison d'aliments pour bébés, des séances de formation au leadership, des programmes de cuisines collectives ou pour faire la cuisine avec des enfants, et la Good Food Box.
- Les cuisines collectives: Dans ce programme, des personnes se réunissent en petits groupes pour faire la cuisine en grande quantité pour leur famille, ce qui leur permet d'étirer le budget alimentaire familial tout en s'amusant et en se faisant de nouveaux amis.
- Une nutrition positive: Ce programme de partenariat vise à introduire une bonne nutrition dans l'ensemble de la communauté scolaire, et à favoriser la bonne santé par le choix d'aliments nutritifs. Axés sur la nutrition adéquate, des activités à l'échelle de la classe ou de l'école, des événements pour le personnel, des projets de collecte de fonds ainsi que des programmes de repas visent à créer des milieux propices à une alimentation saine.
- Des marchés de quartier à l'école, dans des immeubles pour personnes âgées et dans un établissement hospitalier: De bons marchés d'alimentation offrent des aliments frais à un prix abordable.
- Un magasin d'alimentation: Pour ce programme, CHEP s'est associé à un partenariat pour le développement dans le but de rétablir un magasin d'alimentation dans le quartier le plus pauvre de Saskatoon et de créer un centre de distribution de bons aliments sains.
- Saskatoon Food Coalition (coalition alimentaire de Saskatoon): En groupe ou individuellement, des organisations de producteurs, de transformateurs, d'intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que d'action communautaire pour l'alimentation se rencontrent à des ateliers et des événements pour travailler à l'amélioration du système alimentaire de la région de Saskatoon.

External Source: [www.chep.org/](http://www.chep.org/)