

Guider la facilitation dans le contexte canadien:

Renforcer les soins de santé primaires.



Une initiative multi-juridictionnelle



Financée par:
Tools for Transitional
Santé Canada



Guider la facilitation dans le contexte canadien

Guider
la facilitation
dans le
contexte
canadien :

*Renforcer
les soins de
santé primaires.*

Une initiative multi-juridictionnelle

« À n'en pas douter, un petit
groupe de citoyens réfléchis
et engagés peut changer
le monde. De fait, c'est ainsi
qu'il change. »

Margaret Mead (1901-1978)

Remerciements

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre cinq provinces partenaires - Terre-Neuve-et-Labrador (chef de projet), l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique. Des représentants de chacune de ces provinces ont joué un rôle au sein du comité directeur pour diriger l'élaboration du document et pour coordonner l'orientation des professionnels de la santé au pays dans le développement de son contenu. Le comité a orienté le projet de manière soutenue. Nous adressons des remerciements tout particulier aux ministères et autorités sanitaires suivantes qui ont aidé le projet :

Department of Health and Community Services, Terre-Neuve-et-Labrador
Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland
Ministry of Health and Long Term Care, Ontario
Department of Family Medicine, Université d'Ottawa
Department of Health and Community Services, Manitoba
Parkland Regional Health Authority, Manitoba
Assiniboine Regional Health Authority, Manitoba
Winnipeg Regional Health Authority
Saskatchewan Health
College of Medicine, University of Saskatchewan
Ministry of Health, Colombie-Britannique
Vancouver Island Health Authority, Colombie-Britannique

Ce projet a également bénéficié de l'aide du comité fédéral/provincial/territorial, groupe chargé d'élargir notre réseau à l'extérieur des partenaires provinciaux et d'aider la mise sur pied de sessions d'orientation à travers le pays. Nous adressons tous nos remerciements à ses membres dont les noms apparaissent ci-dessous :

Juanita Barrett (Terre-Neuve-et-Labrador)
Paula English (Nouvelle-Écosse)
Lise Girard (Nouveau-Brunswick)
Donna MacAusland (Île du Prince-Édouard)
Valérie Fontaine (Québec)
Marsha Barnes (Ontario)
Barbara Wasilewski (Manitoba)
Donna Magnusson (Saskatchewan)
Betty Jeffers (Alberta)
Val Tregallis (Colombie-Britannique)
Marnie Bell (Territoires du Nord-Ouest)
Wayne Gouverneau (Nunavut)
Jan Horton (Yukon)

Tous les efforts furent déployés afin d'assurer que toutes les personnes ayant participé à la rédaction de ce guide soient reconnues et que les droits d'auteur soient respectés. Prière de noter que ce guide est aussi protégé par des droits d'auteur et que les sections et citations utilisées doivent en reconnaître la source.

Équipe de provinces partenaires

Terre-Neuve-et-Labrador

Juanita Barrett, Heather White, CoTN&Leth O'Maonaigh, Noreen Dort

Ontario

Bill Hogg, Eileen Villis, Jackie Shultz, Jacques Lemelin, Vena Persaud, Juanita Fawcett

Manitoba

Rick Sapacz, Cheryl Osborn, Betty Kozak, Colleen Rand

Saskatchewan

Vivian R. Ramsden, Vivian Krakowski, Eunice Patterson, Gill White, Nandita Chaudhuri

Colombie-Britannique

Val Tregallis, Shannon Turner

Équipe éditorial

Juanita Barrett, Bill Hogg, Vivian R. Ramsden

Rédacteur en chef

Heather White

Réviseur

Wade Kearley

Traduction

Françoise Enguehard

Révision du texte français

Yves Ducharme

Design

Vivid Communications

Rédacteurs des chapitres

- 1 - Les soins de santé primaires : Vivian R. Ramsden, Heather White
- 2 - Le modèle de facilitation : Eileen Vilis, Vivian R. Ramsden, Bill Hogg, Heather White
- 3 - La facilitation comme moteur de changement : Vivian R. Ramsden, Eileen Vilis, Heather White
- 4 - La planification basée sur les preuves scientifiques : Vivian R. Ramsden, Heather White
- 5 - Faciliter la promotion et la prévention : Cheryl Osborne, Betty Kozak, Vivian R. Ramsden, Heather White
- 6 - Le développement des capacités communautaires : Vivian R. Ramsden, Cheryl Osborne, Shannon Turner, Heather White
- 7 - La prévention et le traitement des maladies chroniques : Colleen Rand, Eileen Vilis, Noreen Dort, Heather White
- 8 - Les équipes : Heather White
- 9 - Collaboration et champs d'activités : Juanita Barrett, Noreen Dort, Heather White
- 10 - Information et communication sur la santé : Juanita Barrett, Shannon Turner

Le travail présenté ici est basé sur les pratiques canadiennes grâce aux contributions de nombreux praticiens à travers le pays qui ont apporté des idées, du contenu et des ressources de facilitation ainsi que des commentaires au fil de l'élaboration du guide.

Plus de quatre cent personnes ont eu l'occasion de contribuer au projet et d'offrir leurs commentaires dans le cadre de réunions, d'ateliers, d'entrevues ou d'enquêtes de réactions tout au long de ce travail. Un grand merci à toutes ces personnes qui, par leur désir de collaboration, ont permis à ce projet d'aller de l'avant. Une liste plus complète de nos nombreux collaborateurs se trouve à la fin de ce guide.

Nous remercions tout particulièrement Elaine Fullard et ses collègues pour leurs contributions à la pratique de facilitation dans les changements au sein des soins de santé. Leur travail a mis en lumière les avantages significatifs à s'attarder au processus lui-même, ce qui aide à mieux comprendre le rôle de la facilitation. Un tel modèle prouve encore plus clairement la valeur de la facilitation dans les soins de santé primaires déjà démontré par des études aux États-Unis¹ et au Pays-Bas.²

Merci aux collègues qui ont financé ce projet, Tools-for-Transition et Santé Canada et grâce à qui cette collaboration et le guide que vous avez entre les mains ont pu se réaliser.

Pour obtenir des droits d'utilisation de ce document, prière de contacter :

Heather E. Roberts, Libraire
 Division de planification et politiques
 Ministère de la Santé et des Services Communautaires
 Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
 Tél : (709)729-3657 ou (709)729-2264
 Courriel : Hroberts@gov.nl.ca

Comment utiliser ce guide

Ce guide est le résultat d'une large collaboration pan canadienne. De nombreux professionnels de la santé ont élaboré des outils pratiques et utiles dont nous dressons la liste dans la section « ressources en facilitation » située à la fin de chacun des chapitres. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des ressources disponibles au pays mais d'une liste de ressources jugées utiles dans la pratique et offertes par nos collaborateurs au niveau provincial et territorial. Même si celles-ci n'ont pas été soumises à un processus de révision par les pairs, leur efficacité repose sur des rapports anecdotiques.

Le but du guide est de donner des renseignements généraux et des listes de ressources jugées appropriées pour ceux qui utilisent la facilitation. Les ressources de chaque chapitre sont organisées par catégories (liste ci-dessous) pour aider à déterminer son utilité possible dans votre champ de pratique. L'icône correspondant à chacune des catégories apparaît à côté de chaque ressource du guide.

	Support organisationnel	<i>Indique que cette ressource a été efficace pour aider le processus de changement d'une organisation.</i>
	Programme	<i>Un programme mis sur pied pour faciliter le changement.</i>
	Processus	<i>Un processus qui a servi à faciliter le changement.</i>
	Formation	<i>Un module de formation.</i>
	Outils	<i>Un document particulier qui a été élaboré pour aider et promouvoir le changement.</i>

Table des matières

Introduction	1
<hr/>	
Chapitre 1 Les soins de santé primaires	
<hr/>	
Définition des soins de santé primaires	4
Une perspective historique	5
Adopter une perspective de santé de la population	6
<hr/>	
Chapitre 2 Le modèle de facilitation	
<hr/>	
Le contexte canadien	8
L'analyse commerciale de la facilitation d'extension	9
Les approches de mise en oeuvre dans les juridictions partenaires	11
La nature de la facilitation	12
Le facilitateur de soins de santé primaires	14
Comment s'orienter vers la facilitation	15
La gestion du rôle de facilitateur	18
Ressources en facilitation	18
<hr/>	
Chapitre 3 La facilitation comme moteur de changement	
<hr/>	
Le changement au sein d'un système	20
Le changement individuel	22
Le modèle trans-théorique (TTM)	22
Comment la facilitation appuie les étapes du changement	23
Faciliter l'adoption de l'innovation/changement	24
La gestion du rôle de facilitateur	25
Ressources en facilitation	26
<hr/>	
Chapitre 4 La planification basée sur les preuves scientifiques	
<hr/>	
La nature de la preuve	28
Les méthodes qualitative et quantitative	29
Équilibrer les méthodes de recherche dans l'étude de la facilitation	30
Mettre la connaissance en pratique	31
Le cycle Plan-Exécution-Étude-Action	33
La gestion du rôle de facilitateur	34
Ressources en facilitation	35
<hr/>	
Chapitre 5 Faciliter la promotion et la prévention	
<hr/>	
L'épidémiologie	38
La promotion de la santé	39
La nature de la prévention	40
Le continuum des soins	41
La gestion du rôle de facilitateur	42
Ressources en facilitation	42

Chapitre 6 Le développement des capacités communautaires

Comment impliquer la communauté comme membre de l'équipe de soins de santé primaires	46
Comment enrichir le processus de travail avec la communauté	47
La facilitation appliquée	50
Établir des liens avec les groupes intersectoriels	52
Construire des partenariats	53
La gestion du rôle de facilitateur	54
Ressources en facilitation	55

Chapitre 7 La prévention et le traitement des maladies chroniques

La définition de la prévention et du traitement des maladies chroniques	58
Prendre le virage	59
Les lacunes du système de prestation des soins	60
Méthodes de mises en oeuvre	61
Changer les modèles de pratique clinique	61
Le modèle étendu de soins chroniques de Colombie-Britannique	61
Éléments-clés de ce modèle	62
La gestion du rôle de facilitateur	64
Ressources en facilitation	64

Chapitre 8 Les équipes

Les différentes variétés d'équipes	67
Les éléments de base d'une équipe	67
Les étapes de développement d'une équipe	68
Transformer les conflits	70
Faire face au travail d'équipe	71
La gestion du rôle de facilitateur	74
Ressources en facilitation	74

Chapitre 9 Collaboration et champs d'activités

La nature de la collaboration	77
Les éléments de base de la pratique collaborative	78
L'enculturation	79
Le rôle de l'éducation interprofessionnelle	80
Amélioration de la collaboration	80
La gestion du rôle de facilitateur	82
Ressources en facilitation	82

Chapitre 10 Information et communication sur la santé

Le contexte actuel	85
Les opportunités	85
Les défis	88
La gestion du rôle de facilitateur	89
Ressources en facilitation	89

Quelques dernières remarques	92
Contributions	93
Glossaire	96
Références	100

Diagrammes et tableaux

Diagramme 1 : Éléments clés en santé de la population	39
Diagramme 2 : Modèle de continuum de soins de santé	41
Diagramme 3 : L'échelle de Arnstein	48
Diagramme 4 : Le spectrum de la participation publique	49
Diagramme 5 : Modèle d'autonomisation communautaire	50
Diagramme 6 : Résultats de santé de la population/résultats fonctionnels et cliniques	62
Tableau 1 : Aspects historiques faisant partie du modèle de soins de santé primaires	7
Tableau 2 : Qualités d'un bon facilitateur	15
Tableau 3 : Approches facilitatives et non facilitatives	16
Tableau 4 : Différences entre méthodes qualitatives et quantitatives	31
Tableau 5 : Les trois niveaux de prévention	40
Tableau 6 : Quatre niveaux de partenariats - éléments nécessaires	53
Tableau 7 : Quatre niveaux de partenariats - maintenir le relation	54
Tableau 8 : Maladies chroniques et soins de santé actuels	60
Tableau 9 : Éléments de base à la consolidation d'équipes de soins de santé	68

Introduction

Le but de ce guide est d'offrir de l'information sur les avantages et l'efficacité de la facilitation aux personnes responsables de mener et d'encourager le changement au sein des soins de santé primaires. Il est le résultat d'une collaboration entre intervenants en matière de santé, gestionnaires et chercheurs qui ont constaté les bienfaits de la facilitation comme moteur de renouveau dans le cadre des soins de santé primaires.

Ce guide représente une synthèse des observations effectuées par des intervenants en matière de santé, des facilitateurs, des leaders et des chercheurs canadiens au cours de leur travail dans ce domaine. Ce document reflète l'expérience, les idées et la contribution de professionnels de tout le pays sur les avantages et sur l'utilisation du changement par la facilitation dans le domaine de la santé. Le guide offre donc une perspective fondée à la fois sur la théorie et sur la pratique.

La facilitation représente une série de compétences et d'outils qui peuvent guider notre travail lorsque nous nous concentrons sur la promotion et la prévention en matière de santé en complément des soins aigus et épisodiques.

Les praticiens qui utilisent des compétences et des outils de facilitation guident le changement en concentrant leur attention sur le processus lui-même et en trouvant des moyens d'amener les autres acteurs (intervenants en matière de santé, gestionnaires, membres de la communauté et systèmes) à effectuer ces changements ensemble.

Le facilitateur, qu'il soit gestionnaire, intervenant en matière de santé ou personne engagée pour jouer ce rôle, facilite la participation de tous les intervenants dans le processus de changement en créant un environnement propice à une participation active et à une prise de contrôle des intervenants.

Souvent, les meilleurs modèles de facilitation sont ceux qui offrent un environnement où les intervenants se sentent inclus dans les prises de décisions. Par le biais de formation et/ou de développement des capacités, le facilitateur les aide à effectuer les étapes de changement en équipe.

Les valeurs de respect, de neutralité et d'inclusion permettent au facilitateur de se concentrer sur les objectifs et les besoins de l'équipe.

Le facilitateur joue également un rôle pour démystifier l'évaluation et la recherche. Il appuie les prises de décision basées sur les preuves scientifiques, de planification et d'évaluation des programmes. Théoriquement, il utilise des méthodes participatives et a une connaissance et une expérience solide dans le domaine de l'éducation aux adultes et dans la gestion du changement.

Les soins de santé primaires représentent :

- *Des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, rigoureusement scientifique et socialement acceptables.*
- *Universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté avec leur pleine participation.*
- *Le premier point de contact avec le système de santé.*
- *Un domaine plus large que le simple système de santé.*

Déclaration de Alma Ata
(OMS et Unicef, 1978)

Les bienfaits offerts aux équipes sur le terrain et dans la pratique démontrent clairement l'efficacité de la facilitation.

C'est le Oxford Prevention of Heart Attack and Stroke Project^{3,4,5,6} qui a présenté les divers éléments de base de l'approche de facilitation dans le domaine de la prévention dans les soins de santé primaires, ce qui en fait le précurseur de ce que nous connaissons maintenant sous le nom de Modèle de facilitation du Royaume-Uni (UK Facilitation Model).

Le projet repose sur la conviction que les intervenants en matière de santé croient aux bienfaits de la prévention. Pour améliorer les pratiques de prévention, il leur faut une aide pratique pour évaluer, réorienter et déployer plus efficacement leurs équipes. Dans cette optique, le projet a engagé les services d'un facilitateur expérimenté, formé dans le domaine des soins de santé primaires, pour aider l'équipe de soins à traiter de prévention et à établir des objectifs d'amélioration. Dans le modèle du Royaume-Uni, le facilitateur joue un rôle dans le recrutement et la formation des infirmières praticiennes pour la conduite de mesures de prévention :

- Identification des individus à risques;
- Préparation des outils et des systèmes bureautique pour aider ces mesures de prévention;
- Organisation de réunions interprofessionnelles pour l'équipe en formation ; et,
- mise sur pied d'un système d'évaluation pour mesurer les progrès accomplis.

Le rôle du facilitateur n'est pas de servir directement les clients/patients mais d'offrir de l'aide et des ressources pour changer les façons de travailler.

Les premiers résultats des évaluations des pratiques dans le cadre du projet du Royaume-Uni, qui implique plus de 3000 clients/patients, indiquent que l'utilisation d'un facilitateur représente le moyen le plus économique de changer les habitudes de travail dans les pratiques de soins de santé primaires.

Ce modèle a été ensuite adapté par la University of Saskatchewan et éventuellement pleinement mis en oeuvre en Saskatchewan. L'Université d'Ottawa est en train d'étudier des modèles similaires qui se fondent sur la recherche de Dietrich¹ et Grol².

Ces adaptations canadiennes ont ouvert la voie à l'introduction de changements de processus dans le domaine des soins de santé primaires. La Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador utilisent des variantes de ce modèle de facilitation dans les processus de changements déjà entamés et le Manitoba est en train d'étudier comment ces processus de facilitation pourraient aider son travail.

La popularité de ces processus de facilitation repose principalement sur le besoin croissant de rendement et d'efficacité dans les réformes en matière de santé et sur la nécessité d'intégrer la prévention à la pratique. De plus en plus, il est clair que la facilitation a le potentiel de donner une valeur ajoutée aux processus de changement dans les soins de santé primaires.

Il y a de plus en plus d'adeptes de la facilitation comme manière souple de bâtir sur les acquis et de répondre aux besoins des individus, des équipes et/ou des communautés, dans leur milieu.

La présence d'un facilitateur offre à l'équipe de soins de santé primaires, encouragement, ressources et possibilités tout en lui permettant de prendre, en groupe, des décisions responsables ainsi que de se partager les rôles, de manière satisfaisante, au sein de l'équipe.

Chaque chapitre du guide est divisé en deux sections. La première offre de l'information et des conseils sur le sujet à traiter et décrit comment utiliser la facilitation. La seconde section offre des outils déjà utilisés pour amener le changement.

Le guide débute, au chapitre 1, par un survol du développement des soins de santé primaires et de la facilitation et examine les principes et les balises du renouvellement des soins de santé primaires.

Le chapitre 2 explique comment le modèle de facilitation peut aider à effectuer les changements en cours dans le domaine des soins de santé primaires.

Le chapitre 3 examine la nature du changement au sein d'un système donné et son impact sur les individus qui y travaillent.

Suit, au chapitre 4, un survol de la nature et des genres de preuves qui aident à mieux comprendre leur nature, leur méthode de collecte et leur transposition dans la pratique. Ce chapitre contient également des suggestions pour améliorer la planification.

Le chapitre 5 s'attache à mettre en lumière les liens entre l'étude d'une maladie, la prévention et la promotion de la santé dans les situations de soins de santé primaires. Il examine aussi comment la facilitation peut jouer un rôle dans ces situations.

Le chapitre 6 examine comment impliquer les communautés dans la santé par le biais de méthodes de participation et de développement des capacités.

Le chapitre 7 s'attarde sur la définition et l'amélioration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques, tandis que le chapitre 8 explore l'importance et la dynamique d'équipe dans le domaine des soins de santé primaires.

Les possibilités et les défis importants de la pratique de collaboration sont le sujet du chapitre 9 et, pour terminer, le chapitre 10 décrit le rôle d'appui du traitement de l'information dans le cadre des nombreux changements actuels dans le domaine des soins de santé primaires au Canada.

La facilitation peut créer un environnement au sein duquel les individus se sentent valorisés, respectés et partie prenante dans le processus de prises de décision.

Chapitre 1

Vivian R. Ramsden,
Heather White

Les soins de santé primaires



Une étude menée par la Commission sur le futur des soins de santé au Canada (2002)¹ dénote un « consensus clair » vis-à-vis le besoin d'une approche davantage orientée vers les soins de santé primaires.

Au Canada on utilise souvent sans distinction les termes « soins primaires » et « soins de santé primaires » ce qui peut prêter à confusion quand il s'agit de donner une vision claire pour traiter de changements de politiques et de pratiques.

Les soins de santé primaires ne constituent pas une idée nouvelle - ils représentent une extension de la prestation traditionnelle des services de santé, plus connue sous le nom de soins primaires. Par ailleurs, la recherche démontre l'importance de déterminants de la santé qui sont de nature sociale plutôt que médicale.⁷ Ces déterminants portent la livraison traditionnelle des soins primaires jusqu'aux soins de santé primaires en mettant l'accent sur les individus, y compris les populations et les communautés.⁸

Cet élargissement met en lumière l'importance des soins de santé primaires, elle reconnaît que même « le système de soins de santé le plus sophistiqué et le plus onéreux ne peut, de lui-même, effacer les disparités en matière de condition de santé et traiter des problèmes de santé qui trouvent racine dans des particularités sociales et environnementales complexes. »⁹ Ce chapitre effectue un survol du développement des soins de santé primaires et se termine par une discussion dont l'objectif est de clarifier la signification du terme soins de santé primaires dans le contexte de ce guide.

Définition des soins de santé primaires

La déclaration de Alma Ata^{10,11} (1978) définit les soins de santé primaires comme des soins essentiels universellement accessibles aux individus et aux familles d'une communauté, par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à coût abordable. Les services de soins de santé doivent être donnés par le fournisseur de soins le plus approprié et prendre en compte d'autres domaines reliés à la santé comme l'éducation, la justice et le logement. Suite à la mise sur pied de soins de santé primaires, des partenariats durables doivent être établis avec les individus et les organisations au sein même de la communauté.

Alma Ata propose certains principes de base pour un suivi des activités de soins de santé primaires (voir plus bas). Conscient de la difficulté de travailler efficacement en vase clos, la déclaration insiste sur l'importance capitale de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle.

Au Canada, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)¹² renforce cette définition en y énumérant des caractéristiques similaires.

Les adeptes des soins de santé primaires pensent que ce concept ne constitue pas seulement une approche différente des services de santé mais bien une réorientation majeure du système et de la manière dont les prestataires de soins de santé pensent et agissent dans les domaines qui affectent la santé.

La notion de soins de santé primaires, dont le but est d'influencer la santé de la population et de l'individu, représente une stratégie d'organisation des soins de santé. Elle classe chaque composante de la santé par priorité, selon sa contribution possible à la santé des membres de la communauté. Le concept de soins de santé primaires dépasse la simple notion de maladie et y ajoute la prévention et la promotion de la santé grâce à l'apport de la communauté qui y contribue par un éventail de disciplines professionnelles et aussi grâce à la contribution d'autres secteurs.

Une perspective historique

L'idée de soins de santé primaires est née lors de la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1946, qui définissait la santé comme une notion comprenant à la fois le bien-être mental et social.

Au Canada, le régime d'assurance-maladie reconnaissait l'importance de l'accès aux soins de santé pour tous peu importe le statut économique et social.

Le rapport Lalonde en 1974, intitulé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail », avançait l'idée de déterminants de la santé à caractère « non-médical » et reconnaissait l'importance de la prévention et de la promotion de la santé sur le bien-être et la santé.

La déclaration de Alma Ata en 1978 et son rapport « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » continua à donner corps au concept de soins de santé primaires. Ses auteurs identifiaient les indicateurs essentiels des soins de santé primaires et élargissaient la définition de la santé pour y inclure la capacité des individus et des communautés à participer pleinement et de façon productive à leur autodétermination.

Les services de santé qui représentent la première ligne du système de soins de santé sont ce qu'on appelle communément les soins de santé primaires et forment la base même du système de santé.¹³

En recommandant une action conjointe du gouvernement, des professionnels de la santé et des communautés, Alma Ata reconnaissait l'importance croissante des soins de santé primaires pour le bien-être et la santé et, pour la première fois sur la scène internationale, prônait son développement.

En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé identifiait les déterminants de la santé comme des pré-requis et déterminai des étapes intersectorielles et interdisciplinaires

L'histoire des soins de santé primaires

1946	Création de l'OMS.
1957	Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.
1964	Commission royale d'enquête sur les services de santé.
1966	Loi sur les soins médicaux.
1974	<i>Nouvelle perspective de la santé des Canadiens</i> : un document de travail (rapport Lalonde).
1976	Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs.
1977	<i>La santé pour tous d'ici l'an 2000</i> .
1978	Déclaration de Alma Ata.
1984	Loi canadienne sur la santé.
1986	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
	<i>La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé</i> .
1994	<i>Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens</i> .
1997	Fonds pour l'adaptation des services de santé.
2000	Les premiers ministres se mettent d'accord sur une vision, des principes et un plan d'action pour le renouvellement du système de santé.
	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
2002	<i>Construire sur les valeurs : Le futur des soins de santé au Canada</i> .
2003	Entente des premiers ministres sur les soins de santé.
2005	Fonds pour l'adaptation des services de santé.

Adapté de « Historique des soins de santé primaires » contenu dans le module *Comprendre les soins de santé primaires, Initiative Bâtir un avenir meilleur (BAM)*, 2005. Pour de plus amples informations veuillez vous référer à la page 19. Adapté par Viv Ramsden du matériel contenu dans les modules de formation BAM.

pour amener le changement. Ceci élargissait encore la portée du rapport Lalonde en insistant sur des facteurs plus larges, comme l'aspect social, économique et environnemental, qui affectent la santé. La charte définissait la promotion comme une approche intégrée et coopérative de la santé.

En 1994, l'approche de santé de la population était acceptée officiellement par les ministres de la santé au niveau provincial, territorial et fédéral alors que jusque là l'emphase était mise sur les risques et les facteurs cliniques de chaque individu. Cette nouvelle approche illustrait bien comme il est important de traiter tous les facteurs affectant la santé; elle comprenait aussi le besoin d'élaborer des stratégies pour travailler avec la population pour atteindre bien-être et santé. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé, à la fin des années 1990, avait pour but de contribuer à moderniser le régime d'assurance-maladie. Par la suite, les premiers ministres décidèrent d'appuyer l'intégration des soins de santé primaires dans le système de santé. Cette entente mena au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et avait pour but de pallier les coûts de développement d'un système de soins de santé primaires viable.

Le rapport Romanow de 2002 intitulé « Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada » consolida le besoin de financer des activités de prévention en renforçant l'engagement régional et national au concept de soins de santé primaires.

L'entente des premiers ministres donna naissance au Fonds de réforme des soins de santé et au Fonds d'adaptation. Il visait les soins de santé primaires et renforçait leur engagement pour faire des soins de santé primaires une partie essentielle des réformes des soins de santé.

Adopter une perspective de santé de la population

Une approche de santé de la population est « une approche qui s'intéresse aux conditions et aux facteurs interdépendants qui affectent la santé des populations, tous les groupes d'âges confondus. »¹⁴

Prendre une approche de santé de la population c'est s'engager dans des activités qui répondent aux besoins individuels par le biais de stratégies de santé de la population, et réorganiser notre système de santé pour répondre aux nouvelles priorités et ainsi assurer le bien-être de tous les Canadiens.

Au coeur des soins de santé primaires se trouvent les principes de base énoncés précédemment et qui permettent de s'attaquer aux questions sur la santé. Ces principes insistent sur la nécessité de :

- Travailler avec les gens pour qu'ils puissent se donner des priorités au niveau individuel et communautaire et choisir les interventions qui leur paraissent les plus utiles, et
- Travailler avec d'autres secteurs pour s'attaquer aux racines du mauvais état de la santé afin de trouver des approches viables.

Même si la réforme de la santé n'a pas été traitée directement dans les stratégies de santé de la population, elle appuie un des principes de base de la réforme - à savoir que la santé ne dépend pas seulement du système de santé.¹⁵ Ces principes de base sur la santé de la population sont utiles quand il s'agit de prévoir des processus de renouvellement des soins de santé primaires.



En septembre 2005, la Stratégie de prise de conscience était lancée. Ses auteurs reconnaissent qu'il n'y a pas de définition simple à la notion de soins de santé primaires¹⁶, mais ils identifiaient quatre principes de base qui, après une importante consultation, sont maintenant communément acceptés et qui classent les éléments décrits plus hauts en quatre catégories.¹⁶

Le tableau suivant compare les divers aspects historiques qui font maintenant partie du modèle de soins de santé primaires.

Tableau 1 : Aspects historiques faisant partie du modèle de soins de santé primaires

Points saillants des thèmes constants dans les principes de base de Alma Ata (1978), de la Charte D'Ottawa (1986), Déterminants de la santé (Santé-Canada, 1998) et les principes de base de la stratégie de prise de conscience.

Stratégie de sensibilisation	Alma Ata	Charte d'Ottawa	Déterminants
Mode de vie sain	Offrir des services de prévention, de traitement et de réhabilitation.	Insister sur la promotion de la santé et sur la prévention des maladies.	Revenu & statut social. Réseaux sociaux d'aide. Conditions d'emploi/travail.
Approche en équipe	Ancrée dans les besoins de la communauté. Basée sur la communauté et le travail intersectoriel. Basée sur le travail d'équipe. Augmenter la capacité de la communauté.	Participation individuelle, du public et de la communauté. Travail d'équipe et prestation interdisciplinaire. Coopération intersectorielle.	Éducation. Sécurité alimentaire. Environnements sociaux. Habitudes de santé & capacités d'adaptation. Développement de la petite enfance. Biologie et génétique. Services de santé. Genre. Environnement physique. Culture.
Accessibilité	Services accessibles et viables.	Accessibilité.	

Le consensus se fait de plus en plus grand, à divers niveaux, sur le besoin de mieux cibler la promotion et la prévention au niveau de la santé de la population, des soins de santé primaires et des systèmes de soins de santé intensifs dans la livraison des soins de santé. Une telle démarche basée sur une approche de travail en équipe devient viable et vient renforcer les capacités de la communauté.

La recherche appuie les avantages du travail d'équipe dans la livraison de soins de qualité^{17,18,19} mais il y a peu de preuves que l'efficacité de la livraison du travail effectué en équipe améliore l'efficacité des soins. La question est donc de gérer, d'améliorer et de mesurer l'efficacité du système durant son processus de réorientation, de son emphase traditionnelle sur la gestion de la maladie vers le renforcement des forces de l'individu et de la communauté

Chapitre 2

Eileen Vilis, Vivian R. Ramsden,
Bill Hogg, Heather White

Le modèle de facilitation



Le projet Oxford Prevention of Heart Attack and Stroke de 1982, présenta le modèle de facilitation aux soins de santé du Royaume-Uni. Ce modèle prouvait les bienfaits de la facilitation pour l'amélioration, l'identification et le suivi des facteurs de risques dans le cas des maladies cardio-vasculaires et accidents vasculaires cérébraux et tout particulièrement le rôle du facilitateur dans l'appui au processus de changement.³ Dans un effort de développement du modèle de facilitation, des preuves abondantes ont été réunies aux États-Unis¹, aux Pays-Bas² et au Canada²⁰ confirmant les bienfaits de la facilitation dans la gestion du changement.

Ce chapitre explore comment le modèle de facilitation peut contribuer au changement en cours dans le domaine des soins de santé primaires. Il analyse aussi la rentabilité de la facilitation et encourage une réflexion sur sa définition. À la fin du chapitre on trouve des outils pour aider le changement dans le domaine des soins de santé primaires.

Le contexte canadien

Le modèle élaboré par la Saskatchewan^{21,22,19} représente une des applications les plus efficaces de la facilitation dans le domaine des soins de santé primaires au Canada. 15 facilitateurs dans 13 autorités sanitaires régionales encouragent la pratique de la prévention par le biais de l'évaluation, du dépistage et de l'éducation. Ces facilitateurs aident les équipes engagées dans des stratégies de contrôle de la qualité (audit, contrôles et renvois opportuns), d'évaluation et de recherche. Ils créent également des liens entre les membres de l'équipe impliqués dans diverses disciplines et la communauté. Saskatchewan Health et la University of Saskatchewan ont élaboré un programme de formation en facilitation qui appuie cette méthode de changement toujours en évolution. Leur engagement est tel qu'ils ont créé et financé des postes permanents et de facilitateurs pour continuer le travail dans la province.

Une équipe de chercheurs à l'Université d'Ottawa a mis en place une approche différente. Leur modèle est fondé sur le travail de Grol^{21,22,19} et Dietrich.¹ L'équipe a rassemblé des données sur l'utilisation de la facilitation d'extension pour changer le comportement pratique des membres actuels de l'équipe.^{23 20}



Ce modèle prend pour acquis que l'amélioration du taux de réussite de la prévention dans le domaine des soins de santé primaires est à la fois important et nécessaire. Les membres de l'équipe reconnaissent un besoin important d'amélioration dans le domaine des pratiques de prévention basées sur les preuves scientifiques dans les soins de santé primaires. Selon Hulscher et al²⁴, on améliore la prévention en adaptant l'intervention du facilitateur aux soins de santé primaires et en combinant diverses méthodes efficaces. D'autres essais cliniques randomisés démontrent que la facilitation améliore avec succès la prestation de services.

Le modèle ontarien se base sur l'affectation d'une infirmière-facilitateur (externe à la pratique ou à l'équipe de soins de santé primaires et qu'on nomme facilitateur d'extension) dans des pratiques. Son but est de travailler avec les membres des équipes de pratique pour augmenter la prestation de services de prévention.

Dans un document de travail de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada en 2002²⁵, l'auteur évoque « un consensus clair » sur le besoin, dans le système de santé actuel, de porter une attention plus grande aux soins de santé primaires. Il note que malgré ce consensus il y a « une incapacité à effectuer les changements jugés nécessaires. » Parmi ses recommandations pour optimiser notre capacité collective à changer le système de santé au Canada on note le besoin « d'encourager un examen du rôle de gestionnaire ... pour qu'il passe du rôle de contrôleur à celui de facilitateur. »

Pour effectuer cette transition il faut aider les gestionnaires à développer leurs habilités en facilitation et les voir comme des facilitateurs. Cela aidera à promouvoir l'utilisation de la facilitation au Canada.

Il existe de plus en plus de preuves en faveur de l'utilisation de la facilitation comme moteur de changement. Ce changement est mené par le facilitateur, qu'on le nomme facilitateur, agent de changement, gestionnaire, prestataire de soins de santé ou membre de la communauté

L'analyse commerciale de la facilitation d'extension

Il existe des preuves documentées qui peuvent aider un groupe de médecins praticiens à s'organiser pour effectuer efficacement de la médecine préventive mais bien peu d'entre eux le font. L'amélioration des prestations de services recommandés aux patients, par les prestataires de soins de santé primaires, selon les directives basées sur les preuves scientifiques, peut avoir une influence positive sur la santé des Canadiens.

Le processus de renouvellement des soins de santé primaires fait une large place au dépistage préventif et à la prévention et au traitement des maladies chroniques. L'utilisation de la facilitation peut encourager les pratiques à utiliser des plans fondés sur les preuves scientifiques pour changer les comportements dans ces domaines. Une facilitation d'extension réussie encourage la collaboration entre les membres de l'équipe des soins de santé primaires au sein même de la pratique. Cette approche, basée sur les directives de meilleures pratiques²⁰, aide l'équipe à établir et à intégrer des systèmes de bureautique qui améliorent la prestation du dépistage préventif et celle du traitement des maladies chroniques.

Peu importe la pratique, toute facilitation d'extension qui s'attache à la performance pratique dans la prestation des meilleures pratiques par l'équipe mènera à une plus grande intégration

Les interventions multiples s'avèrent plus efficaces à modifier les comportements que les interventions uniques.

des services de soins de santé primaires et à une approche en équipe plus unie. Cela permettra alors une utilisation optimale des ressources puisque c'est le membre de l'équipe le plus compétent qui offrira les soins.

Le Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group²⁶ a compilé les preuves de l'efficacité de la facilitation d'extension lorsqu'elle est combinée avec d'autres interventions. Il s'agit d'une façon efficace et prouvée d'améliorer la pratique professionnelle et les résultats pour la santé. De plus, 12 essais cliniques randomisés montrent que la facilitation d'extension améliore la prestation de services de prévention et le rendement des prescriptions.²⁴

L'expérience prouve aussi qu'un programme de facilitation d'extension à multiples facettes, offert par un/e infirmier/ère facilitateur, peut grandement améliorer le rendement des soins de prévention. Bien entendu, tous les facilitateurs ne sont pas infirmiers ou infirmières mais ceci prouve tout de même que la facilitation est un élément important de tout processus de changement.

L'amélioration de la prestation des services de prévention peut économiser les fonds alloués à la santé.²⁴ La facilitation d'extension est une intervention coûteuse mais ces coûts sont totalement couverts par la réduction des dépistages inutiles et l'augmentation de dépistages appropriés de prévention. Une analyse des coûts-conséquences, prenant en compte les économies possibles pour le système de santé, en réduisant de cinq les tests de dépistage incorrects/non recommandés et augmentant de sept les tests de dépistage corrects/recommandés, a été menée. Dans des essais cliniques randomisés, 22 pratiques d'intervention en soins de santé primaires choisies au hasard, touchant 90283 patients et de multiple sources de données, ont été utilisées pour calculer les coûts et les économies pour le gouvernement.

Le coût total de l'intervention comprenait la formation et le salaire versé aux facilitateurs, les tests de dépistage recommandés supplémentaires et l'investigation des faux positifs. Les économies provenaient de la réduction des dépistages non recommandés et de la réduction des traitements inutiles grâce à un diagnostic rapide et à la prévention. L'économie annuelle nette pour le gouvernement était (en dollars canadiens) de 1,87 \$ par patient, 6,687 \$ par médecin et 63,911 \$ par facilitateur, soit un rendement de 40 pour cent sur l'investissement relié à l'intervention et à la prestation des soins préventifs recommandés²⁷. Cette preuve d'efficacité est suffisante pour appuyer l'introduction plus répandue de la facilitation d'extension dans le système de santé.

La facilitation est une pratique qui pourrait aider davantage les changements en cours dans les soins de santé primaires et a pour conséquence la question suivante : « Qu'est-ce que la facilitation et comment intégrer ce modèle dans le renouveau des soins de santé primaires ? »



Les approches de mise en oeuvre dans les juridictions partenaires

Terre-Neuve-et-Labrador : La province utilise déjà le processus de facilitation et des facilitateurs pour de vastes consultations provinciales, pour aider à l'élaboration de propositions appropriées, financer les soins de santé primaires, augmenter la capacité d'équipe et l'engagement communautaire et aider les gestionnaires à développer leurs compétences comme facilitateurs.

Ontario : L'équipe de l'Université d'Ottawa a réuni un ensemble de connaissances sur les bienfaits de la facilitation d'extension et sur des stratégies efficaces de facilitation d'extension dans l'intégration de stratégies de prévention dans les pratiques.

Manitoba : Les autorités régionales de santé de la province utilisent déjà depuis quelques années des méthodes de facilitation pour impliquer la communauté et développer les capacités dans le domaine de la santé. Des exemples concrets de facilitation réussie existent et le Manitoba s'est engagé à développer une stratégie provinciale qui s'appuie sur les capacités régionales actuelles en facilitation.

Saskatchewan : Le travail important et imposant effectué en Saskatchewan a orienté la facilitation vers le développement des capacités des équipes. Les facilitateurs de la province travaillent en proche collaboration avec différentes équipes en soins de santé primaires pour aider à effectuer la transition vers les modèles de prestation de soins en équipe.

Colombie-Britannique : Les partenaires de cette province ont élaboré et intégré un modèle de facilitation dans leur processus de changement. Des facilitateurs externes et internes et des agents de changement ont mené le CDM Collaborative Process (9) et des initiatives de développement des capacités communautaires

On commence à reconnaître que les processus de facilitation font partie intégrante des processus de changement dans le domaine des soins de santé préventifs et il existe suffisamment de preuves pour qu'on commence à mettre en oeuvre ce modèle de changement. Plus la connaissance et l'expérience prennent de l'ampleur, plus les prestataires découvrent les divers visages de la facilitation et les nombreux avantages et défis qui y sont reliés.

La facilitation est un processus qui aide les gens impliqués dans le changement et il peut aussi aider à atteindre les objectifs organisationnels visés par le changement. Les deux chapitres qui suivent explorent chacun de ces thèmes et expliquent clairement la nature de la facilitation comme outil de changement. Le chapitre trois s'attarde à la facilitation comme processus de changement d'un système tandis que le chapitre quatre explore l'importance de bien comprendre la nature des preuves et les défis reliés au suivi des interventions de facilitation.

La nature de la facilitation

Le rôle d'un facilitateur peut être aussi varié que les divers environnements dans lequel il/elle travaille. La International Association of Facilitators définit comme suit le rôle du facilitateur :

« Un individu dont le travail est de gérer un processus d'échange d'information. Contrairement à « l'expert » qui offre son avis, particulièrement sur le contenu d'une discussion, le rôle du facilitateur est de faciliter LA MANIÈRE dont la discussion se déroule. En bref, la responsabilité du facilitateur est de se concentrer sur le voyage plutôt que sur la destination. »²⁸

*Allez vers les gens.
Vivez parmi eux.
Suivez leur enseignement.
Respectez-les.
Commencez par
ce qu'ils savent.
Bâtitsez sur leur savoir.*

*Du meilleur des chefs
on dira, une fois la tâche
accomplie et son travail
terminé, « Nous l'avons
fait nous-mêmes ».*

Ancien proverbe oriental

En d'autres mots, peu importe l'environnement dans lequel le facilitateur opère, il lui appartient de gérer le processus de changement et non d'en déterminer l'issue. Certains facilitateurs oeuvrent au sein d'une équipe comme facilitateurs internes ou simplement comme membre de l'équipe qui applique des compétences de facilitation dans son travail (comme un fournisseur de service ou un gestionnaire qui dispose d'une gamme très développée de compétences de facilitation). Les autres facilitateurs sont des facilitateurs externes qui offrent leurs services à l'équipe comme consultants.

Dans le contexte des soins de santé primaires il existe un certain nombre de tâches-clés à la disposition du facilitateur. Beaucoup de facilitateurs canadiens (TN&L, ON,SK et la CB) jouent un rôle pour :

- Aider au développement d'équipes de soins de santé primaires et identifier les possibilités qui se présentent à elles, y compris la collaboration avec des équipes interdisciplinaires pour établir des priorités et assurer le suivi, la coordination et l'appui aux efforts éducatifs et l'appui aux activités de consolidation des équipes;
- Impliquer les professionnels de la santé, les partenaires intersectoriels et la communauté dans des activités de soins de santé primaires par le biais de réseaux, d'éducation et de participation;
- Planifier et assister le changement organisationnel; et,
- Encourager les activités nécessaires d'audit, d'évaluation et de recherche dans le cadre d'un processus d'amélioration.

Le facilitateur insiste sur les processus de changement et de développement en créant des liens entre les organismes et les individus, il encourage une communication efficace entre les membres de l'équipe, la communauté et les organismes afin de promouvoir des services de qualité dans le domaine des soins de santé primaires en offrant aux équipes l'aide pratique et l'éducation requises avant, pendant et après le processus de changement.

Le facilitateur rencontre parfois de nombreux défis dans son travail pour amener le changement :

La structure organisationnelle

Des barrières structurelles ou financières peuvent limiter l'embauche de facilitateurs ou l'acquisition des ressources dont ils ont besoin pour accomplir leurs tâches.

La complexité de la tâche

La complexité et la variabilité des systèmes de soins de santé primaires, des équipes en place et des pratiques individuelles compliquent la définition d'une formule de facilitation pour mettre en place un modèle de mesure de changement.

La réceptivité de la pratique et/ou des membres de l'équipe

L'efficacité du facilitateur est affectée par les attitudes professionnelles, les croyances et connaissances des intervenants avec lesquels il travaille. Cette efficacité est souvent influencée également par l'état de préparation des individus au sein de la pratique, de l'équipe ou de l'organisme, à s'engager dans un processus de réflexion ou d'évaluation et à effectuer les changements clairement requis. Le niveau de préparation influence le degré du changement et l'attitude des intervenants de l'équipe.

Manque de compréhension du rôle

Les professionnels de la santé sont peu exposés au processus de facilitation ; ils ont donc une compréhension réduite de ses bienfaits, ce qui peut mener à une résistance professionnelle lorsque des changements sont entamés ou s'exprimer sous forme de rivalité ou de colère envers le facilitateur qui aide et entreprend cette gestion du changement. Selon ses compétences, ceci peut poser un défi important à l'efficacité du facilitateur.

Capacité de facilitation

Les facilitateurs ont un grand éventail de compétences et ceci complique l'identification des facteurs spécifiques qui mènent au changement. Le peu de techniques/outils de facilitation dans diverses dynamiques, cultures ou populations peut restreindre l'efficacité des facilitateurs..

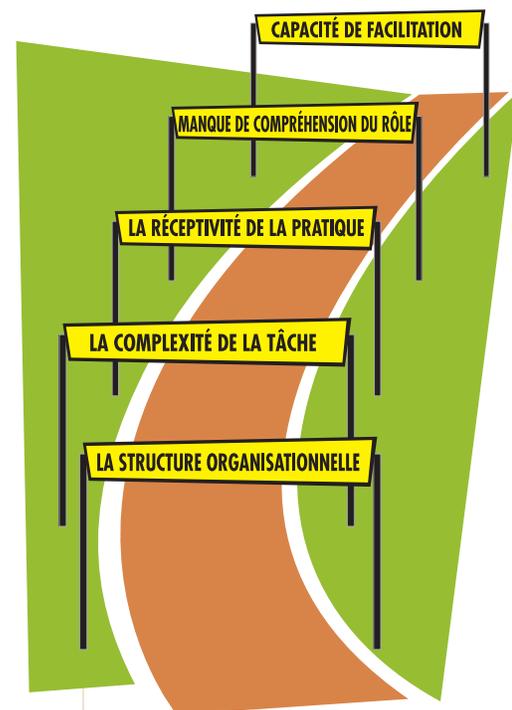
Malgré ces défis, il est de plus en plus évident que le facilitateur peut être un catalyseur de changement que ce soit au niveau individuel, à celui de l'équipe, de l'organisme ou du système, en :

- Aidant au développement de nouvelles pratiques de collaboration;
- Intégrant des stratégies de prévention et des nouveaux modèles pour la prévention et le traitement des maladies chroniques;
- Impliquant les membres de la communauté; et,
- Évaluant l'efficacité des meilleures pratiques et des systèmes.

Le facilitateur, grâce à son point de vue unique, peut jouer un rôle capital quand vient le moment d'offrir de la rétroaction à l'équipe.

Pour mettre l'accent sur le processus dans un contexte où on s'attache de plus en plus aux résultats du changement, il faut développer une capacité organisationnelle et professionnelle capable d'appuyer le changement par la facilitation

Il n'existe pas de manière standard de s'attaquer à cette tâche dans le domaine des soins de santé primaires. Le domaine, par contre, est en perpétuelle croissance et transformation et les intervenants sont de plus en plus à l'aise, informés et convaincus de la nécessité d'appuyer l'intervention par la facilitation. Ce qui suit est une synthèse des caractéristiques efficaces d'un facilitateur, tel qu'identifiées dans les provinces partenaires. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive mais d'un regard sur l'expérience collective et sur les preuves recueillies.

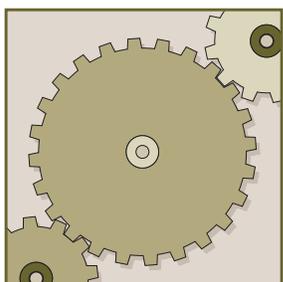


Idéalement les facilitateurs utilisent des méthodes participatives et disposent d'une vaste gamme de connaissances et d'expériences à titre d'éducateurs et agents de changement.

Le facilitateur de soins de santé primaires

Si les compétences d'un facilitateur dans le domaine des soins de santé primaires sont toujours les mêmes, la nature de son rôle peut par contre varier puisque la facilitation s'effectue à divers niveaux et dans divers contextes dans le système des soins de santé primaires. Parfois, les intervenants utilisent eux-mêmes des processus de facilitation, parfois un gestionnaire ou un chercheur acquiert ces compétences pour aider au changement. Dans d'autres cas, un facilitateur professionnel offre ses services pour guider le processus de changement. La position du facilitateur (interne comme membre de l'équipe ou externe comme consultant) peut influencer la nature de son travail.

EXTERNE



FACILITATION

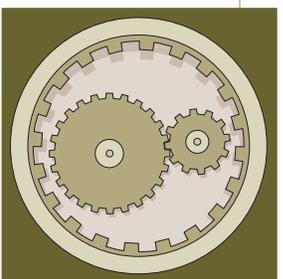
La facilitation externe

La majorité de la preuve en faveur de la facilitation comme processus efficace provient de cas où on a eu recours à des facilitateurs externes. Lorsqu'un facilitateur est un consultant externe les limites de la facilitation sont claires, ce qui contribue à assurer une vision neutre et bien ciblée de son rôle de facilitateur, tout en réduisant le risque que des facteurs internes et historiques propres à l'équipe aient un impact négatif sur la capacité du facilitateur à assumer efficacement son rôle.

Les facilitateurs internes

Les pratiques de facilitation internes sont répandues dans de nombreux organismes, au risque de voir ces pratiques assimilées à la routine quotidienne, voire même diminuées par les urgences quotidiennes de la pratique ou encore mises en veilleuse puis oubliées. Solberg (2000) a prouvé qu'il n'est pas nécessairement efficace de donner du temps à des facilitateurs internes.²⁹ Un facilitateur interne doit en effet gérer la dynamique interne du Centre médical ou de l'équipe ce qui impose parfois une dynamique interpersonnelle supplémentaire, des attentes et des pressions organisationnelles qui influencent son travail.

INTERNE



FACILITATION

Même si l'idée de développer une capacité interne de facilitation n'est pas bien appuyée par la documentation actuelle, elle est communément utilisée dans le domaine de la santé au Canada. Il est donc essentiel, si on préfère l'utilisation de facilitateurs internes, que leur sélection soit faite avec soin et qu'on leur octroie suffisamment d'aide et de formation pour garantir leur efficacité.

Les facilitateurs internes font face à de plus grands défis que les facilitateurs externes. Ils doivent avoir un sens plus développé de leur rôle, ainsi que des compétences bien développées pour faire face aux diverses dynamiques internes de groupe qui se présentent.

Les facilitateurs dans le domaine des soins de santé primaires ont assez de connaissance du domaine pour aider à effectuer les changements qui s'imposent. Leur savoir peut venir de leur connaissance de cet environnement ou de connaissances cliniques mais, peu importe leurs antécédents, ils doivent avant tout avoir la connaissance, les compétences et la disposition personnelle pour leur permettre de faciliter.

Pouvoir faire la différence entre « faire » et « faciliter » permet au facilitateur de laisser les autres prendre le relais lorsqu'ils en sont capables. Le facilitateur doit se concentrer sur la développement des capacités qui aident le processus d'une facilitation viable pour

l'organisme et l'individu. Si ces processus sont fructueux le recours au facilitateur sera de moins en moins nécessaire et c'est dans cette optique que le facilitateur doit travailler pour donner aux autres le pouvoir d'effectuer des changements viables.

Devenir un facilitateur efficace sous-entend un certain nombre de qualités et d'habiletés particulières. Le tableau suivant identifie les principales caractéristiques à rechercher dans le choix d'un facilitateur.

Tableau 2 : Qualités d'un bon facilitateur

Compétences et connaissances	Disposition personnelle
<p>Compétences</p> <p>Présentation et formation.</p> <p>Recherche et planification.</p> <p>Compétences analytiques et de synthèse.</p> <p>Compétences d'observation.</p> <p>Créer et personnaliser des interventions.</p> <p>Compétences interpersonnelles et collaboratives.</p> <p>Capacité de mener des interventions individuelles et de groupes.</p> <p>Capacité d'apprendre rapidement.</p> <p>Compétences pour la gestion et la résolution des conflits.</p> <p>Leadership partagé.</p> <p>Connaissances</p> <p>Méthodes de collecte des données.</p> <p>Directives pertinentes.</p> <p>Les étapes du changement - capacité de changement au niveau de l'individu et de la communauté.</p> <p>Nature du changement organisationnel.</p> <p>Contexte des soins de santé primaires et des systèmes de bureautique.</p>	<p>Neutre, modeste, curieux.</p> <p>Encourage la participation active.</p> <p>Style de leadership non-autoritaire.</p> <p>Capacité à s'affirmer.</p> <p>Capable de se faire le champion du changement tout en demandant la participation et en aidant les autres champions.</p> <p>Centré sur le développement des capacités plutôt que sur la prise de responsabilités/ l'appropriation.</p> <p>À l'aise avec le changement et dans la gestion des conflits et de la résistance au changement.</p> <p>Prêt à partager ses connaissances, ses compétences et son savoir.</p> <p>Prêt à changer d'approche si nécessaire.</p> <p>Confiant et compétent.</p>

Comment s'orienter vers la facilitation

Wilson (2003)³⁰ offre un aperçu de l'évolution du rôle de facilitateur. Elle en identifie trois phases. D'abord, aux alentours des années 50, on accorde de l'importance à une personne - qu'on appelle facilitateur - chargée de gérer un processus de groupe, puis cette approche cède le pas à une conception du facilitateur comme personne qui choisit, peu importe son rôle, de développer un style de comportement qui « aide les gens à penser et à agir ensemble ».³⁰ Plus récemment, le rôle du facilitateur est de centrer ses efforts sur le processus et sur un travail stratégique. Cette nouvelle approche met en lumière l'importance de développer des leaders en facilitation partout dans une organisation. Comme l'explique Wilson :

« En travaillant ensemble de manière facilitative et stratégique, la réflexion et l'action sont liées à la stratégie, mission, vision de l'organisation (individu, équipe, communauté, groupe, collaboration ou organisation) et à la capacité des individus à atteindre cet objectif. »³⁰

De plus en plus on semble considérer que le rôle du facilitateur est de rendre le processus aussi aisé que possible et ses résultats de plus en plus faciles à atteindre. En développant une orientation vers la facilitation qui s'appuie sur des ressources internes, sur les liens avec des objectifs organisationnels plus larges et qui se centre sur le processus de changement, on peut réussir à faire avancer les changements.

Faciliter c'est d'abord parler avec les gens plutôt qu'aux gens. Un tel dialogue permet à tout le monde d'agir de manière facilitative à parts égales. Selon Wilson (2003) ce changement s'opère si un leader nous amène à développer les capacités de notre entourage de manière à « être dans le secret » plutôt que « d'avoir à le découvrir ». Pour y arriver les facilitateurs utilisent souvent les activités suivantes : ³⁰

- Poser des questions pour encourager la participation;
- Partager la connaissance et l'information nécessaires;
- Faire le lien entre les esprits; et,
- Apprendre et désapprendre.

En outre, Wilson définit, dans le tableau ci-dessous, les tâches utilisées par les facilitateurs pour faire la distinction entre les approches avec facilitation et sans facilitation :

Tableau 3: Approches facilitatives et non facilitatives

Approche non facilitative	Approche facilitative	Tâches facilitatives
Présenter un rapport.	Discuter d'un rapport.	Faciliter le dialogue.
Parler aux gens.	Encourager le dialogue.	Discerner les bonnes tendances.
Contrôler la conversation.	Stimuler de nouvelles façons de penser.	Identifier les questions épineuses et les options.
Isoler la pensée individuelle.	Établir des liens entre les idées.	Avoir une vue d'ensemble.
Donner des instructions.	Éveiller motivation et passion.	Générer de la passion pour la tâche à accomplir.
Ne porter attention qu'aux personnes importantes.	Négocier rôles et tâches.	Travailler en étant ouvert aux possibilités.
Analyser sans cesse.	Accorder de l'importance à tout le monde.	Renforcer l'esprit d'équipe.
	Pousser un groupe à l'action.	

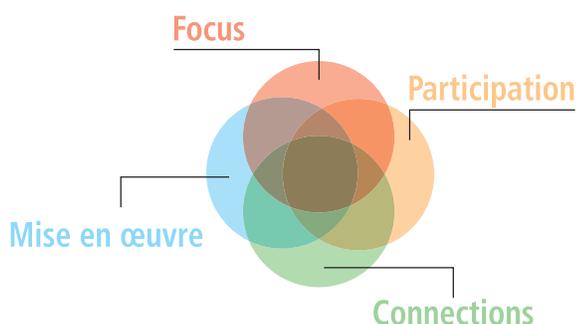
D'après Wilson, P. et al (2003) « The Facilitative Way: Leadership that makes a difference ». Shawnee Mission, KS: Team Tech Press

En encourageant la facilitation à tous les stades du renouvellement dans le domaine des soins de santé primaires, on commence à percevoir des différences dans le degré d'engagement individuel. Des personnes engagées n'exigent plus d'avoir toutes les réponses s'il est évident que celles-ci sont maîtrisées par le groupe, l'équipe ou la communauté. Les individus engagés dans l'orientation facilitative sont plus aptes à interagir avec confiance et à se concentrer sur le processus plutôt que sur la hiérarchie traditionnelle en milieu de travail. Ainsi, le groupe, l'équipe ou la communauté fait son chemin au travers d'une multitude de perspectives et d'opinions qui prêtent à confusion, pour en arriver à une compréhension commune des tâches à accomplir. La réflexion est collective avant la mise en oeuvre du changement, ce qui permet de gagner du temps pour passer avec confiance de la discussion à l'action. Plus important encore, chacun a eu la chance de donner et de recevoir de la rétroaction - ce qui augmente l'engagement.

Il est probable que, même sans facilitation, des changements vont se produire dans certains aspects des soins de santé primaires mais il est tout de même important de commencer quelque part. Commencez par une évaluation de vos compétences, de votre connaissance et de vos limites.

Peu importe votre rôle dans le renouvellement des soins de santé primaires, à ce sujet, on conseille au lecteur de consulter le travail de Bens, 2005 pour un outil très utile d'auto-évaluation pour suivre les développements dans ce domaine.³¹ Il peut être utile également de développer ce que Wilson appelle les *écrans de facilitation qui mènent à la clarté*³¹ et, pour y arriver, vous devez être très attentifs aux indices subtils que vous donne le groupe avec lequel vous travaillez :

Ecrans de facilitation



Référence #31

Focus

Cela signifie choisir l'action appropriée à la question. Il est important de s'assurer que tout le monde comprend le but et que le temps et l'énergie de chacun soient utilisés au mieux.

Participation

Plus les participants sont impliqués, plus ils apprennent, plus ils s'engagent et plus on peut être certain qu'ils sont en train de résoudre les bons problèmes. Plus on encourage leur participation et plus le groupe sera apte à trouver les solutions requises et, éventuellement, à atteindre ces solutions plus rapidement.

Connexions

Il est crucial d'encourager les liens entre les idées tout comme d'établir des liens entre les différentes perspectives qui naissent de la discussion, afin d'augmenter l'engagement des participants et d'accroître la motivation et la passion. En guidant la passion ou l'engagement affectif du groupe, ce dernier prend en mains le changement, ce qui contribue à une attitude plus susceptible de donner des résultats viables.

Mise en œuvre

L'intégration de preuves dans le processus de changement déjà en cours donne un élan à la facilitation. Pour y arriver on évalue l'efficacité des solutions obtenues par la facilitation. En examinant de nouveau vos efforts de facilitation vous pouvez élaborer des indicateurs pour poursuivre l'évaluation et trouver de nouvelles solutions à de nouveaux problèmes.

La gestion du rôle de facilitateur

En facilitation, il est fondamental de croire au processus. Individuellement et en groupe, les participants doivent croire que des résultats conséquents seront au rendez-vous. Que vous soyez leader, intervenant, éducateur ou facilitateur dans les soins de santé primaires, une orientation vers la facilitation vous aidera ainsi que ceux avec qui vous travaillez. Elle vous permettra de discuter ouvertement, de planifier et d'évaluer les nombreux changements que vous êtes en train d'effectuer dans les soins de santé primaires.

C'est un processus qui demande de se concentrer davantage sur la manière dont on obtient les résultats que sur les résultats eux-mêmes. Le processus implique tout le monde et s'appuie sur les forces du groupe.

Ressources en facilitation

 **Facilitation Skills Training** (TN&L) : Des ateliers de deux jours ont été donnés à chacune des équipes de projet (coordonnateurs, facilitateurs et médecins agents de changements) dans les diverses régions de la province impliquées dans les soins de santé primaires. Le premier atelier offrait de la formation en facilitation et en processus de collaboration, le second offrait plus de formation en compétences de facilitation avec une emphase particulière sur la gestion des conflits dans un environnement en transformation. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health & Community Services

 **Facilitating Adult Learning Workshops** (TN&L, pour le compte de l'initiative Atlantique Bâtir un avenir meilleur (BAM)) : Ce module de formation comprend des manuels à l'intention des participants et du facilitateur et couvre les domaines suivants : Caractéristiques de l'apprenant adulte, dynamique de groupes, styles d'apprentissage, compétences de présentation, planification de l'instruction, distinction entre instruction et facilitation. Contacter : merv@gov.ns.ca, NS Department of Health

 **Facilitation forum** (SK) : Une page Internet a été mise sur pied pour aider le partage d'information entre collègues et groupes sur laquelle les facilitateurs peuvent se parler de leur travail. Facilitation forum est diffusé par le biais de Yahoo! Groups - un service gratuit qui offre à des personnes ayant les mêmes intérêts et les mêmes idées une manière pratique de connecter. Contacter : chris.mayhew@saskatoonhealthregion.ca, Saskatoon Health Region





Facilitator Network (SK) : Ce forum provincial appuie le travail des facilitateurs de la Saskatchewan en organisant des rencontres trimestrielles basées sur une approche de pensée systémique. Ces rencontres offrent de l'aide et de l'orientation aux nouveaux facilitateurs, de la formation continue, de l'information et du partage de ressources, des mises à jour régionales et provinciales ainsi que des mises à jour sur les initiatives et le travail de facilitation dans d'autres endroits du pays. Pour plus de renseignements, contacter le Primary Health Services Branch, Saskatchewan Health. Contacter : gary.n@pnrh.ca, Saskatchewan Health



Understanding Primary Health Care (TN&L, pour le compte de l'initiative BAM) : Ce module de formation comprend des manuels à l'intention des participants et du facilitateur et couvre les domaines suivants : Historique, évolution, définitions et concepts reliés aux soins de santé primaires, leur terminologie et leurs liens avec la santé de la population, la promotion et les déterminants de la santé. Contacter : merv@gov.ns.ca, NS Department of Health



Practice Facilitator Training (ON) : Ce module éducatif a été élaboré pour former les infirmiers/ères au rôle de facilitateur dans le contexte de la pratique. Contacter : jschultz@uottawa.ca ou facilitation@scoh.on.ca, University of Ottawa



Team facilitator Training (SK) : Cette formation a été conçue pour aider le développement d'équipes de facilitation en Saskatchewan. Contacter : www.health.gov.sk.ca/ph_br_phs.html

Chapitre 3

Vivian R. Ramsden, Eileen Vilis,
Heather White

La facilitation comme moteur de changement



...un des besoins les plus pressants pour les organisations qui forment le système de santé au Canada est de redéfinir le rôle de gestionnaire comme facilitateur.

Les soins de santé primaires forment une approche de soins au sein du système plus vaste des soins de santé. Les changements d'approches dans la prestation des soins de santé qui impliquent la collecte de preuves scientifiques, une attention soutenue sur la promotion, la prévention et les pratiques basées sur le travail d'équipe et qui sous-entend les changements de rôles jugés nécessaires par tous les intervenants, ont un impact sur les autres aspects du système de santé. Il est donc essentiel, pour faciliter le changement, de comprendre comment les systèmes fonctionnent et comment ils se modifient. Les facilitateurs, intervenants et leaders qui gèrent le processus de changement doivent bien comprendre le contexte plus large dans lequel ils opèrent.

Ce chapitre examine la nature du changement dans un système et son impact sur les personnes impliquées. Le rôle du facilitateur sera défini davantage en examinant un modèle de changement de comportement qui s'est avéré efficace dans le projet ontarien Outreach Facilitation. Le facilitateur a la chance unique de pouvoir aider l'équipe et l'organisation à traduire leurs connaissances en actions.

Le changement au sein d'un système

Champagne (2002) passe en revue la nature des changements de type organisationnel dans le domaine de la santé³² et avance que le manque de changements supportés dans le système de santé au Canada, au moment même où celui-ci se dirige vers une « intégration verticale » des soins, est causé par ce qu'il appelle des échecs décisionnels.³² Il veut parler de la tendance qui consiste à ne pas prendre la décision de changer ou à ne pas adopter une nouvelle pratique émanant d'un changement. L'individu ne fait pas toujours ce qu'il sait être la « bonne » chose à faire, peu importe les preuves qui s'y rattachent. Dans les cas où la décision de changement a déjà été prise, on trouve parfois une autre forme d'échec appelé échec de mise en oeuvre. C'est alors le changement lui-même qui n'est tout simplement pas mis en oeuvre, ou mis en oeuvre de manière insatisfaisante.

Tel qu'indiqué dans le chapitre 1, ce document fait remarquer qu'il est impératif que les organisations qui forment le système de santé au Canada reconnaissent sans tarder que le

processus de changement peut être amélioré s'il existe, dans le système, des individus dont le rôle est d'aider à faciliter le processus de changement. Une des solutions possibles à cette situation est de redéfinir le rôle à la fois du gestionnaire et du leader de façon à y inclure la connaissance et l'application de compétences de facilitation.³³ On doit insister sur l'importance d'offrir de l'assistance dans le cadre de changement à grande échelle dans un système donné puisque c'est là la clé d'une mise en oeuvre réussie des soins de santé primaires. Le rôle de la facilitation dans l'appui à ces changements partout dans le système de santé est de plus en plus accepté au pays.

Un important facteur lorsqu'il s'agit de dépasser l'inertie systémique interne est de déterminer dans quelle mesure les processus de prises de décisions répondent à l'environnement. C'est là un rôle idéal pour un processus de facilitation qui permet d'établir des processus clairs de prises de décisions et de changement. Ces processus de changement sont adaptés à l'environnement donné et appuient la mise en oeuvre des décisions

La gestion du changement est remplie de perspectives et d'approches sur la compréhension du processus de changement. Champagne³² divise le processus en trois phases :

1. Le processus de prise de décision
2. La mise en oeuvre de la décision
3. L'abandon du changement identifié (avec ou sans remplacement)

Bien des problèmes se posent dans les étapes 2 et 3 qui sont causés par deux types de résistance : soit la résistance au besoin de prendre une décision ou encore la résistance à la mise en oeuvre de cette décision en n'y accordant pas l'appui requis..

Dans un tel contexte, un processus de facilitation pourrait s'avérer crucial dans l'appui aux changements au sein d'un système. Moins le changement est facilité - moins il y a de possibilités de suggestions/interventions - plus la résistance au changement risque d'être forte. Les nombreuses théories actuelles qui sont utilisées en santé proviennent soit du domaine de la promotion de la santé, où elles ont été développées pour expliquer des changements de style de vie, ou des sciences d'organisation ou de gestion pour expliquer comment les organismes évoluent et changent. Il reste qu'on n'a encore que peu de connaissances sur l'importance de ces caractéristiques en milieu clinique.³⁴

Miller et al (2002) offrent un modèle théorique dérivé de la théorie de la complexité. Des données provenant des notes et observations sur le terrain de participants de 84 pratiques aux EU ont été combinées à de l'information provenant des écrits sur l'organisation de la pratique. Ces données forment la base du développement d'un modèle selon lequel les pratiques en soins de santé sont des systèmes adaptatifs de forme unique. Selon les auteurs, ce modèle de pratique offre des suggestions qui peuvent répondre aux environnements de changements exigeants dans le domaine des soins de santé primaires.³⁵

Selon eux, le système de santé est « un système complexe, dynamique et adaptatif avec des fluctuations allant de l'ordre au désordre. »

Principes d'andragogie

- Les processus de changement doivent avoir un sens pour l'apprenant en tant qu'individu et collectivement en tant que membre d'une équipe.
- Le facilitateur doit avoir une compréhension de base des processus d'apprentissage et d'enseignement puisque tout changement nécessite d'apprendre de nouvelles choses et d'en abandonner d'anciennes.
- Nous apprenons tous de façon différente. Le facilitateur doit donc comprendre les différents styles et modalités d'apprentissage de façon à aider l'apprentissage des autres.
- Les adultes qui s'engagent dans un processus de changement ont un passé riche d'expériences, d'expertise et de compétences et le facilitateur se doit de respecter et d'intégrer ce vécu.

Le changement individuel

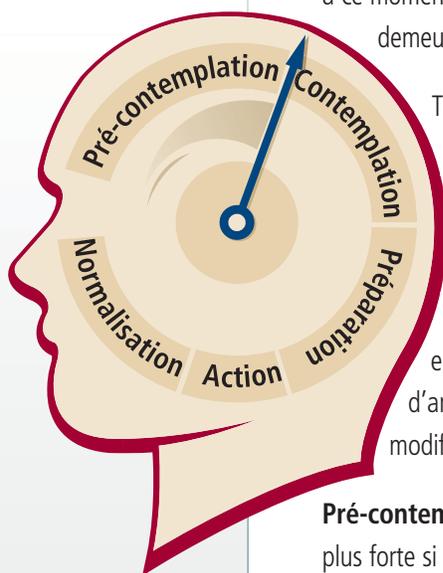
Comme c'est l'individu qui met en oeuvre le changement, c'est la dynamique du changement au niveau individuel et les principes de bases de l'apprentissage des adultes qui sont les clés du succès quand il s'agit d'effectuer un changement organisationnel. Le facilitateur se doit d'être conscient de ces facteurs.

Il existe bien des modèles qui aident à comprendre le processus de changement. Ce guide explore un modèle qui se concentre sur le changement des comportements et qui a prouvé son efficacité en Ontario et en Saskatchewan. On y trouve quelques règles simples pour illustrer le rôle du facilitateur.^{36, 37, 38, 39}

Le modèle trans-théorique (TTM) - les étapes du changement

Le modèle TTM de changement intentionnel du comportement tente d'expliquer comment un individu change son comportement face à des processus de changements systémiques. Ce modèle prend pour acquis que pour qu'une personne adopte un nouveau comportement ou en abandonne un ancien ou malsain, il doit utiliser, pendant une certaine période de temps, des stratégies qui mèneront éventuellement à de nouveaux comportements.

Plus une personne avance vers la modification de son comportement, plus elle s'ouvre au changement et peu à peu les avantages du changement remplacent les inconvénients. C'est à ce moment précis que la personne se prépare à passer à l'action. Tant que les inconvénients demeurent plus nombreux que les avantages, la résistance au changement continue.³⁹



TTM examine les changements par étapes qui peuvent être appliqués aux niveaux individuel, communautaire et même organisationnel comme dans le cas des équipes de soins de santé primaires. Les changements, décrits sous forme linéaire, sont en fait plus fluides que linéaires puisque l'individu passe et repasse d'une étape à une autre sans toutefois, dans la majorité des cas, revenir au même point dans le processus. Au fil de chaque cycle, le comportement souhaité se fait de plus en plus réel (ex : la majorité des gens consomment du tabac 7 à 10 fois avant d'arrêter complètement de fumer). Il est donc important de garder à l'esprit que la modification du comportement n'est pas un résultat mais un processus.⁴⁰

Pré-contemplation : Dans les premières étapes du changement, la résistance est souvent plus forte si il y a un manque d'information, si l'individu craint l'échec ou se sent dépassé par les obstacles qui se présentent. Information et encouragement aident à créer des succès modestes qui aident à éliminer les « pour quoi faire ? » ou « Pourquoi essayer encore ? » qui encouragent la résistance. Une telle attitude peut venir d'un manque de reconnaissance de la nécessité du changement.

Contemplation : L'individu s'ouvre au changement et de l'information sur ses bienfaits. Il n'est pas encore engagé mais il est curieux d'apprendre quels en seraient les bienfaits potentiels. À ce stade, il peut y avoir une certaine ambivalence et un risque que l'individu en reste là plutôt que de s'avancer vers le changement.

Préparation : Il s'agit d'un stade de planification active, caractérisé par de petits pas, et qui donne des résultats observables à mesure que l'individu s'ouvre au changement.

Action : Cette étape exige engagement et énergie de la part de l'individu, de l'équipe et de la communauté pour passer à la transition vers les comportements désirés.

Normalisation : Le défi, à ce stade, est d'appuyer les nouveaux comportements et d'attaquer les obstacles qui peuvent causer un retour en arrière.

Terminaison : Ici, le comportement des individus a changé. Le facilitateur doit maintenant mettre l'emphase sur le développement de l'individu ou de l'équipe en soutenant le partage de l'apprentissage et les encouragements mutuels au sein de l'équipe.

Un processus de facilitation qui prend en compte ces étapes de changement offre une approche pratique qui peut s'appliquer au processus de changement de l'individu, de la communauté et de l'organisme. Il offre aussi un cadre d'évaluation, de planification et de mise en oeuvre du changement.⁴¹ La facilitation peut fournir un plan, basé sur diverses perspectives, pour guider les leaders dans les différents stades du changement.

La rapidité et la séquence pour passer d'un stade à l'autre doivent être adaptées à l'organisme, à l'équipe, au centre médical, à la communauté ou à l'individu. En tant qu'agent de changement, le facilitateur doit comprendre comment l'équipe ou l'environnement de travail fonctionne avant d'adopter des processus de changement. Un des aspects importants de son travail consiste à discuter des forces et des faiblesses et à offrir de l'aide dans la priorisation des buts et dans la définition d'objectifs précis. Cela peut se faire en :

- Identifiant les forces et les barrières;
- Évaluant le pour et le contre de changer un comportement précis; et
- Encourageant l'engagement une fois les changements acceptés.

Comment la facilitation appuie les étapes du changement

La facilitation et/ou les processus de facilitation peuvent jouer un rôle capital dans ce domaine en augmentant l'information, en la partageant et en offrant des possibilités de contribuer au travail. Ce qui suit examine comment la facilitation peut venir appuyer chacune des étapes du changement.

Pré-contemplation : Le facilitateur peut être très utile à ce stade où les membres de l'équipe/pratique commencent à définir le processus à suivre pour les personnes qui seront affectées. Il peut offrir l'information nécessaire, l'encouragement et l'aide indispensables pour faire le tri des possibilités et des défis potentiels et s'y préparer.

Contemplation : Un des rôles-clés pour le facilitateur est d'encourager la discussion, la compréhension et la planification des changements jugés nécessaires et d'identifier l'aide requise pour aller de l'avant. A ce stade, quelques observations de Champagne³² semblent pertinentes :

- Même s'il semble y avoir clair consensus sur la nécessité de changement, rien ne garantit que le changement va se produire, et,
- Sans aide extérieure, celle d'un facilitateur par exemple, le risque est grand de s'arrêter à ce stade.

En définissant et en supportant un processus de changement clair on permet aux individus de s'impliquer et de d'influencer le parcours. En élaborant une vision plus claire de ce parcours, les membres de l'équipe se sentent plus à l'aise dans le processus et font davantage confiance au facilitateur - que celui-ci soit un gestionnaire, un intervenant ou une personne dont c'est le rôle attribué.

Préparation : À ce stade, le facilitateur offre des possibilités de contributions. Il existe un lien direct entre le niveau de compréhension de l'impact du changement chez les participants impliqués et le mouvement vers ce changement. Plus on a de feedback et de contributions, plus cette progression est efficace. Parfois, le facilitateur joue un rôle vital dans le rythme soutenu du processus de changement pour que tout le monde se sente impliqué et puisse offrir ses rétroactions.

Action : Ici, engagement et énergie sont indispensables à la concrétisation du nouveau comportement. Un des rôles-clés du facilitateur est de continuer à offrir renforcement et assistance pour que les changements soient viables. À ce stade du changement, des processus de feedback continu sur les changements opérés tels que les systèmes de rappel et le cycle *Planifier, faire, étudier, agir*⁴² sont des outils précieux. Le facilitateur peut guider le processus de partage du feedback mais ce sont les données et l'expérience des membres de l'équipe qui orientent le changement.

Normalisation : Le défi à ce stade consiste à renforcer le nouveau comportement tout en étant conscient du fait qu'il est normal, pour atteindre un comportement durable, de recycler les diverses étapes du changement. La présence d'un facilitateur qui, au fil de son action, s'attache à développer la capacité, peut grandement aider l'équipe à maintenir les changements effectués.

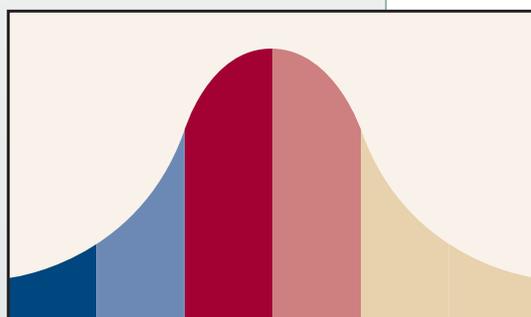
Terminaison : A ce stade, le rôle du facilitateur perd de l'importance puisque l'individu/l'équipe a réussi à conserver les changements de comportement désirés, sur une certaine période de temps et dans des conditions difficiles. Le facilitateur peut alors se tourner vers le développement des capacités de l'individu/l'équipe en encourageant le partage de l'apprentissage et le mentorat au sein de l'équipe.

Faciliter l'adoption de l'innovation/changement

La cadence d'adoption du changement se définit comme la rapidité avec laquelle les membres d'un système social adoptent une innovation.⁴³ La cadence du changement dépend des

caractéristiques individuelles et organisationnelles mais elle dépend, en large part, des voies de communication. On classe souvent les individus et les organismes selon leur capacité à effectuer des changements rapides et efficaces. Rogers (2003) les identifie comme innovateurs, adopteurs précoces, majorité précoce, majorité tardive et retardataires, qu'il définit ainsi :

Diffusion de l'innovation



- Innovateurs
- Adopteurs précoces
- Majorité précoce
- Majorité tardive
- Retardataires/irréductibles

Innovateurs

Ce sont des pionniers avec des qualités qui les amènent hors des systèmes locaux vers des systèmes plus cosmopolites. Ils sont capables de comprendre et de mettre en pratique de la connaissance technologique complexe, de faire face à un grand niveau d'incertitude, d'accepter les échecs et ils sont prêts à jouer le rôle de garde-barrière dans le flot d'idées nouvelles qui entrent dans un système.

Adopteurs précoces

Ces participants sont souvent des membres plus intégrés de systèmes locaux et sont souvent perçus comme des meneurs d'opinion, ce qui leur vaut d'être souvent considérés comme ceux à qui on doit s'adresser. Ils sont l'image de la réussite et leur adoption précoce d'une innovation soulage l'incertitude de ceux qui suivent.

Majorité précoce

Ce groupe se distingue par des individus prêts à accepter le changement mais qui ne prendront pas la direction des opérations. Ils forment le lien entre les adopteurs précoces et tardifs.

Majorité tardive

Ce groupe a tendance à être le plus sceptique. Pour lui, l'adoption peut être une nécessité économique mais elle ne survient qu'après la disparition de la majorité de l'incertitude reliée à l'adoption de toute idée nouvelle.

Retardataires/irréductibles

Les gens de cette catégorie sont généralement des traditionalistes qui gardent le status quo et très souvent au sein des systèmes on dépense beaucoup d'énergie à tenter de les convaincre de changer. Les leaders/facilitateurs utiliseraient leur temps et leur énergie plus efficacement avec les adopteurs précoces et la majorité précoce puisque ce sont eux qui intègrent le changement dans les systèmes locaux.

Un des rôles-clés de l'agent de changement/facilitateur est de rendre le changement possible et, ce faisant, de renforcer les forces des individus, équipes, communautés et organismes. Un examen régulier des réussites et des possibilités d'amélioration garantissent que le processus de changement se dirige vers les objectifs escomptés

La gestion du rôle de facilitateur

Le changement n'est jamais chose facile mais il est omniprésent. En comprenant les éléments du changement, le facilitateur peut :

- Rendre le changement souhaité possible;
- Renforcer les forces des individus et des organismes;
- Augmenter la capacité des individus et des organismes; et,
- Atteindre les objectifs souhaités.

La majorité des gens veulent savoir où ils vont, les raisons pour lesquelles ils se dirigent dans une direction plutôt qu'une autre et comment arriver à la destination choisie. Le facilitateur doit partager cette information en s'appuyant sur des processus de communication qui

EM Rogers (2003) a identifié sept rôles pour l'agent/facilitateur :

1. Identifier les solutions possibles aux défis et possibilités existantes pour générer un besoin de changement;
2. Développer avec les individus et les organismes des relations basées sur la confiance, la crédibilité, la compétence et l'empathie de façon à fournir une possibilité d'apprentissage mutuel;
3. Analyser les défis, les possibilités existantes, et identifier les solutions possibles en s'appuyant sur les forces des individus et des organismes;
4. Générer le désir d'effectuer les changements souhaités tout en gardant à l'esprit les objectifs visés;
5. Transformer le désir de changement en action en travaillant avec les leaders d'opinion (adopteurs précoces) et les pairs;
6. Stabiliser l'adoption et éviter le désistement en renforçant le comportement désiré et les objectifs visés; et,
7. Aider ceux qui ont atteint les objectifs visés à développer leurs compétences et les outils nécessaires à la facilitation; ceci mène au développement des capacités des individus et des organismes et aide à faire face aux changements constants au sein des systèmes, tout particulièrement dans les soins de santé primaires.

répondent à ces besoins de base. Il doit s'assurer que ce qu'il demande aux autres, dans le cadre du processus de changement, est pratique et pertinent.

Tout adulte attend quelque chose de ses expériences d'apprentissage et le facilitateur doit répondre aux besoins des individus en se basant sur les principes d'andragogie, qu'il travaille avec des personnes, des équipes, des communautés ou des organismes.

Le passage de la théorie à la pratique peut s'avérer difficile lorsqu'il s'intègre à la promotion de la santé et du bien-être. Les concepts de ce modèle - tout spécialement les étapes du changement - peuvent servir de cadre de planification, de développement, de mise en oeuvre et d'évaluation du processus de changement au sein d'une intervention facilitée.

Le concept de réceptivité au changement est utile, à la fois pour comprendre la recherche et les processus de réflexion, et pour servir de façon pratique au processus de facilitation pour influencer les changements de comportement et guider les stratégies d'intervention.

Ressources en facilitation



Guide to Strategic and Program Planning (ON) : Cette ressource a pour but d'aider les équipes intersectorielles en soins de santé primaires dans la planification stratégique et la planification de programmes. Visiter : http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_strategic.pdf



Primary Health Care Lens (MB) : Cet outil, facile d'utilisation, encourage à réfléchir au degré d'intégration des soins de santé primaires dans notre travail. Il a servi à des communautés et à du personnel pour évaluer les programmes en place et en élaborer de nouveaux de façon à respecter les principes des soins de santé primaires. Contacter : bkozak@arha.ca, Assiniboine Regional Health Authority.



Provincial Advisory Council (TN&L) : Le conseil a été établi pour chapeauter le processus de soins de santé primaires dans la province et aviser le ministre, du Ministère de la Santé et des Services Communautaires Health & Community Services, sur le développement et la mise en oeuvre du cadre provincial des soins de santé primaires, de façon à ce que le travail du bureau des soins de santé primaires suive les principes et objectifs définis dans le document cadre de la province en 2003. Le conseil est présidé par une personne indépendante nommée par le ministre. Cette personne est chargée d'organiser des réunions au moins deux fois par année. Le conseil est composé de représentants de diverses disciplines et secteurs. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Move to PHC (MB) : Le NOR-MAN RHA a encouragé un processus de changement dans le domaine des soins de santé primaires axé sur le développement des capacités, sur l'appui à la collaboration et sur le travail pour une vision commune en utilisant des processus de communications pour valider tout changement. Ce processus a changé la façon de fonctionner de NOR-MAN RHA en lui donnant une compréhension claire, collective et individuelle des concepts de soins de santé primaires essentiels à sa réussite. Contacter : mgray@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.





PHC Project Management Teams (TN&L) : Toutes les régions de la province affectées par les soins de santé primaires ont composé des équipes pour gérer et guider le processus de changement au niveau local et à l'intérieur du cadre provincial. Ces équipes ont été créées à différents stades du processus de changement mais toutes facilitent le processus de changement organisationnel en établissant des liens entre les groupes, en aidant la prise de décisions et en modifiant les politiques et procédures qui peuvent limiter le renouvellement et l'intégration des soins de santé primaires. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Change Management Workshop (MB) : Il est essentiel de reconnaître que chacun des membres d'une équipe est à un stade différent dans le cycle de changement. Dans le cadre du plan NOR/MAN RHA, vers les soins de santé primaires, le personnel s'est uni pour offrir une session visant à aider le personnel à s'engager dans un processus de changement. Contacter : mgray@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.



One Window Approach (MB) : Cet outil a été élaboré pour assurer le suivi de services chez les prestataires (au sein du système de santé et avec les partenaires communautaires). C'est à la fois un outil et un processus d'évaluation des programmes actuels qui offre un plan d'action pour faire les changements nécessaires dans les domaines suivants : travail d'équipe, partage de l'information et renvoi aux secteurs spécialisés, ajustement des ressources, renforcement des capacités, évaluation, tracking, suivi, communications et connections. Contacter : bkozak@arha.ca, Assiniboine Regional Health Authority.



Provincial PHC Framework (TN&L) : Ce processus de consultation a été utilisé pour élaborer le document cadre de la province. Le document, produit après un processus de consultation important et intersectoriel, reflète la contribution de nombreuses perspectives. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Health Quality Council Collaborative (HQCC) (SK) En se servant du modèle de Colombie-Britannique, le HQCC de la Saskatchewan a joué un rôle-clé dans la mise en oeuvre d'une approche collaborative dans le domaine des maladies cardiaques chroniques, du diabète et de l'accessibilité. Le HQCC adopte une approche d'apprentissage sur le tas, encourage l'utilisation des meilleures preuves et réunit une gamme de praticiens qui partagent leurs connaissances et testent l'amélioration des idées. Contacter : www.hcq.sk.ca



Working Groups (TN&L) : Il s'agit de la mise en place d'un réseau de groupes de travail, composé de représentants de chacune des équipes, d'associations et de groupes professionnels. Ces groupes de travail ont été mis sur pied pour chacun des éléments-clés du cadre des soins de santé primaires provincial pour aider la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de toutes les activités qui y sont rattachées, pour offrir une occasion de partager l'information et de faire face aux défis et pour appuyer le développement de politiques, de principes et/ou de standards au niveau provincial. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

Chapitre 4

Vivian R. Ramsden,
Heather White

La planification basée sur les preuves scientifiques



L'intégration des approches qualitative et quantitative permet un saisis plus vaste des changements mesurables et de leur évolution dans le temps.

Pour prendre de bonnes décisions il faut avoir de bonnes preuves et, dans le domaine de la santé, la planification basée sur les preuves scientifiques est essentielle. Toute décision, tout programme, toute prestation de service doit reposer sur des données et des preuves solides, et c'est cette approche qui pousse les praticiens du Canada à identifier et à réviser leurs meilleures pratiques pour répondre aux besoins de santé dans un environnement de soins de santé primaires. Il est donc essentiel de comprendre la nature de la preuve, les méthodes de collecte et l'implication des preuves ainsi rassemblées.

Ce chapitre débute par une discussion sur la nature de la preuve et sur les approches qualitative et quantitative utilisées pour recueillir les données nécessaires au sujet de notre intervention, y compris un examen des défis entourant la mesure des pratiques de facilitation et un regard sur l'importance d'établir un équilibre entre les approches qualitative et quantitative pour saisir les subtilités inhérentes à des processus complexes. La dernière section s'attarde au modèle Plan-Exécution-Étude-Action, un outil pratique pour assurer une intégration constante de la preuve scientifique dans les activités continues des soins de santé primaires.

La nature de la preuve

La recherche et l'évaluation des interventions dans le cadre de l'amélioration du système de santé reposent souvent sur des mesures/indicateurs quantitatifs de résultats pour la santé et elle est également la base de la majorité de la recherche sur l'efficacité du modèle de facilitation. Pourtant, pour saisir la preuve et les nuances de l'efficacité des interventions de facilitation il est nécessaire de dépasser les approches quantitatives traditionnelles.



Les méthodes de participation, intégrées à des actions de recherche, invitent les participants (intervenants, décideurs, gestionnaires ou partenaires communautaires) à planifier et à réunir les données pertinentes pour améliorer les changements en cours. Cette approche permet d'accroître le niveau d'implication entre la théorie/recherche et la pratique.

La recherche active utilise généralement une combinaison de méthodologies qualitatives et quantitatives. Elle est considérée comme une forme de recherche dans laquelle les chercheurs travaillent explicitement avec et pour les individus plutôt que sur eux.⁴⁴ Plutôt que d'effectuer une recherche sur des sujets, les chercheurs se font facilitateurs dans le processus de recherche et impliquent les intervenants avec lesquels ils collaborent.

La force de la recherche active est qu'elle s'attache à trouver des solutions à des problèmes pratiques, elle habilite les individus, les praticiens de la santé, les groupes et les organismes à travailler ensemble pour identifier et trouver ces solutions. Cet interface pratique de la recherche active est ce qu'on appelle praxie⁴⁵ - le point de rencontre entre la théorie et la pratique.

Le besoin se fait de plus en plus grand de trouver des méthodes théoriques et de recherche solides qu'on puisse utiliser avec et pour la facilitation. Ce besoin croissant s'accompagne d'un besoin nouveau de choisir des méthodologies qui mesurent le changement dans le temps, ce qui est au cœur même des interventions de facilitation. L'intégration des approches qualitative et quantitative permet de saisir une plus grande gamme de changements mesurables et leur évolution dans le temps.

Les méthodes qualitative et quantitative

Le but principal de l'enquête qualitative est de comprendre une situation du point de vue de l'individu. Elle s'attarde surtout au processus et à la signification des événements plutôt qu'à leurs résultats et produits. Les données sont collectées par des entrevues approfondies et ouvertes, de l'observation directe et des documents écrits.⁴⁶ Les données provenant de ces entrevues, des ces observations et de ces documents sont généralement organisées par thèmes majeurs ou par catégories par le biais d'un processus connu sous le nom d'analyse de contenu. Une enquête qualitative aboutit souvent à des hypothèses et des théories reposant sur les faits qui proviennent des données rassemblées,⁴⁶ par opposition aux méthodes quantitatives qui partent d'une théorie à tester.

Les chercheurs ont généralement un fort attachement à l'une ou l'autre de ces deux approches et débattent depuis longtemps les mérites respectifs de ces deux méthodes de recherche et d'évaluation.

Les partisans de la recherche quantitative y voient une enquête objective dont les données sont systématiquement réunies et quantifiées par le biais de solides méthodes scientifiques. Par opposition, la méthode qualitative peut sembler subjective puisque, dans ce cas, le chercheur est à la fois l'instrument de collecte et d'interprétation des données.



Les chercheurs et les théoriciens les plus sérieux dans le domaine des soins de santé primaires sont cependant d'accord sur le fait qu'il est improbable, peut-être même impossible, d'en arriver dans la pratique à une évaluation véritablement objective sans prendre en compte la nature sociale de la recherche.

Le degré de crédibilité d'une évaluation doit être au centre de tout projet de recherche ou d'évaluation plutôt que le débat lui-même. La qualité de l'évaluation dépend de la formation et de l'expertise du chercheur, des techniques et des méthodes employées dans la collecte et l'analyse des données, des questions de validité, de fiabilité et de triangulation entre les sources de données, les méthodes utilisées et les analystes.⁴⁶

Il est surprenant que théoriciens et chercheurs consacrent autant de temps et d'effort à souligner les fautes et faiblesses de ces deux approches alors que chacune d'entre elles remplit un rôle fondamentalement différent :

- Pour un examen de la relation de cause à effet entre une intervention et un résultat, les chercheurs pourront trouver qu'une approche quantitative est plus appropriée. Les résultats d'un tel type d'étude peuvent souvent être étendus à des sous-groupes ou des populations plus larges. Ce type d'étude part d'une hypothèse, implique la manipulation et le contrôle de diverses variables et réduit les données à des indices numériques pour manipulations statistiques.
- Pour les chercheurs qui cherchent à comprendre des facteurs de processus, des expériences individuelles ou à suivre la qualité d'un changement, les approches qualitatives offrent une richesse de données valables.

Ces deux approches, souvent considérées concurrentielles, sont plutôt complémentaires. Par exemple, un essai clinique randomisé est sans doute la manière adéquate de tester les effets d'un nouveau traitement médical mais des méthodes qualitatives peuvent aider à comprendre pourquoi certains patients choisissent de ne pas suivre le traitement prescrit. Dans la recherche d'évaluation on parle de méthodes de triangulation lorsqu'on utilise différentes méthodes pour étudier le même programme. En combinant les deux méthodes les chercheurs peuvent espérer minimiser la partialité inhérente à toute méthode unique.⁴⁶

Équilibrer les méthodes de recherche dans l'étude de la facilitation

Puisqu'une communication efficace est la clé de la réussite d'une facilitation, il est très important, pour arriver à des résultats positifs, de répondre conjointement aux besoins des individus, des équipes et des communautés. La facilitation peut se définir comme un moyen de fournir possibilités, ressources, encouragement et assistance aux individus, équipes et organismes pour qu'ils puissent atteindre leurs propres objectifs, ce qui se fait généralement en donnant le pouvoir de contrôle et la responsabilité à l'équipe pour les décisions et les activités qui orienteront leur direction.⁴⁷

Comme nous l'avons déjà dit, les méthodes qualitative et quantitative reposent sur une philosophie, des intentions et des sources de connaissance différentes qu'il est essentiel de comprendre, de respecter et de préserver pour que la recherche et/ou l'évaluation soient

Les deux approches - qualitative et quantitative - sont souvent considérées concurrentielles. Il serait plus juste de les voir comme étant complémentaires .

crédibles et donnent des résultats valables.⁴⁸ Afin de rassembler la preuve scientifique qui explique l'utilisation de la facilitation, les praticiens doivent impérativement prendre des décisions fiables sur les méthodes à utiliser, ce qui permet d'évaluer les défis et les possibilités du changement généré par l'intégration de la théorie et de la pratique.

Pour que les données rassemblées reflètent les résultats facilités il est essentiel de trouver des données fiables que l'on puisse ensuite étudier avec rigueur au moment de choisir les méthodes de recherche qualitative. La rigueur prouve la fiabilité des résultats et des interprétations ou encore établit la vérité du point de vue de l'individu.^{48, 49}

Lincoln et Guba (1985) utilisent le tableau ci-dessous pour souligner les similarités et les différences entre les méthodes qualitative et quantitative :

Pour renforcer la rigueur d'une recherche qualitative, il faut, entre autres choses, passer du temps avec les participants, utiliser la pratique réflexive et noter les remarques selon les perspectives des individus, de l'équipe et de l'organisme.⁴⁸ L'utilisation de nombreuses sources de données, ou triangulation, est indispensable pour donner de la rigueur aux méthodes de recherche.

La pratique de la recherche implique visibilité et responsabilité et place, par conséquent, l'éthique est au coeur de la rigueur. Davies et Dodd (2002)⁵⁰ remarquent que les mots comme soin, empathie, attention, sensibilité, respect, réflexion, souci du travail bien fait, engagement, éveil et ouverture, montrent une attention aux aspects éthiques de la rigueur.

Le facilitateur doit bien comprendre les diverses méthodes de collecte de données, leurs diversités et leurs implications afin d'éclairer ses interventions, de développer les capacités au sein des équipes et des communautés dans lesquelles il travaille et pour continuer le travail de planification basée sur les preuves scientifiques.

Mettre la connaissance en pratique

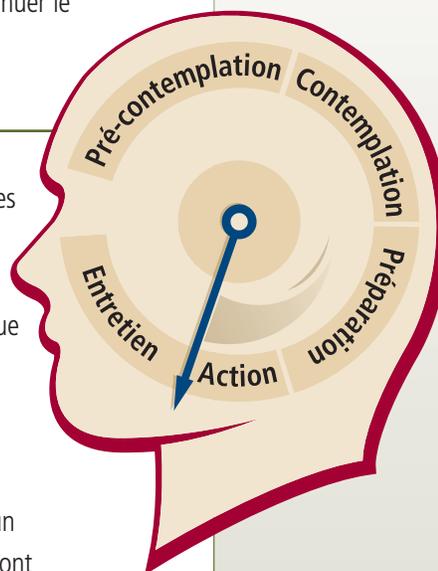
L'approche de facilitation et prestation de soins de santé basée sur les preuves devrait être maintenue. Le défi consiste à reconnaître et à combler l'écart entre les lignes directrices, « ce qui devrait être », et la pratique, ou « ce qui est » et ces lignes directrices ne s'implantent pas toutes seules. Des programmes visant uniquement la connaissance des médecins - comme l'éducation médicale continue et la diffusion de lignes directrices - ne suffisent pas à changer les habitudes de pratique.²⁶ Pour faciliter des changements plus larges et plus systémiques dans la prestation des soins de santé, il faut influencer les habitudes de pratique.²⁰

Une preuve efficace s'appuie sur les lignes directrices et prouve au praticien qu'un dépistage ou un traitement est efficace et c'est ce type de lignes directrices qui sont utilisées pour faciliter les interventions en soins de santé primaires. Elles ont un impact sur les habitudes pratiques parce qu'elles augmentent la prise de conscience et guident la planification et la mise en oeuvre de changements systématiques.

Tableau 4: Différences entre méthodes qualitatives et quantitatives

QUALITATIVE	QUANTITATIVE
Crédibilité	Validité interne
Transférabilité	Validité externe
Fiabilité	Fidélité
Conformabilité	Objectivité

Lincoln and Guba, *Naturalistic inquiry* (Newbury Park, CA : Sage, 1985).



*On prend pour acquis ...
que la connaissance se
construit socialement.
Les processus sociaux,
au sein de groupes
ou entre eux, aident
à la création de
connaissances et
à une utilisation
pratique. Le rôle du
facilitateur consiste à
faciliter cet échange.*

*Les lignes directrices
basées sur la preuve
ne s'implantent pas
toutes seules.*

Les efforts d'amélioration de la qualité réduisent l'écart entre la recherche et la pratique et entre les changements visés et les résultats pratiques. La plupart du temps cependant, les changements de stratégies s'effectuent par intuition et ne reposent que sur des rapports anecdotiques.

Les efforts d'amélioration de la qualité proviennent souvent de suppositions sur les besoins des praticiens et sur des suppositions non-vérifiées sur les façons efficaces d'y répondre et de communiquer ces améliorations. Ceci est diamétralement opposé au paradigme basé sur les preuves scientifiques.⁵¹ Depuis quelques temps, les chercheurs se concentrent sur les obstacles aux soins basés sur les preuves scientifiques et sur les manières de les contourner. Ils se servent de l'application des connaissances et de concepts de mise en oeuvre de la recherche pour saisir l'idée que la nature d'un processus clinique et la meilleure façon de le mettre en oeuvre, exigent des approches de recherche différentes.⁵¹

Selon Harvey (2005), le terme « Échange d'applications des connaissances » reflète le processus « d'échange d'idées et d'information par le biais de différentes perspectives, connaissances et expérience, pour le bien de tous. »⁵² L'application des connaissances peut être définie comme suit :

« L'échange, la synthèse et l'application solide et éthique de la connaissance - au sein d'un système complexe d'interactions entre chercheurs et utilisateurs - pour accélérer la saisie des bienfaits de la recherche ... par une meilleure santé, des services et produits plus efficaces et un système de santé renforcé »⁵³

On prend pour acquis ici que la connaissance se construit socialement. Les processus sociaux, au sein de groupes ou entre eux, aident à la création de connaissances et à une utilisation pratique. Le rôle du facilitateur consiste à faciliter cet échange.

Le concept de facilitateur comme courtier du savoir⁵² est aussi utilisé pour décrire un rôle similaire. Selon Harvey, un courtier du savoir s'attache à identifier et à établir des liens entre des personnes intéressées à une question précise et qui peuvent s'aider mutuellement à trouver des solutions basées sur les preuves. Cette explication correspond au rôle de facilitateur ou à celui d'un gestionnaire ou intervenant impliqué dans un rôle de facilitation. Un facilitateur aide à établir les liens entre la recherche et la preuve, il aide à appliquer cette information dans la pratique quotidienne des intervenants et des équipes de soins de santé primaires.

Manske (2005) établit une différence entre les données objectives, composées de faits et de connaissances sans liens particuliers, et les données subjectives, composées d'informations spécifiques au contexte et mises en pratique. Entre ces deux extrêmes, se situe les données organisées sous une forme significative (i.e. l'information) et le facilitateur devient alors le courtier du savoir puisqu'il travaille avec le groupe pour mettre l'information dans son contexte et pour créer un environnement d'apprentissage qui développe la capacité du groupe à maintenir les changements effectués.

Par le biais du processus de facilitation, ces données significatives sont transmises à l'équipe. Elles intègrent ensuite, grâce au facilitateur, la connaissance du praticien qui à son tour les transmet en collaborant avec l'équipe des soins de santé primaires.⁵⁴

Le cycle Plan, Exécution, Étude, Action⁴²

Le cycle Plan, Exécution, Étude, Action est une façon rapide de mettre en oeuvre des tests cliniques pour la planification basée sur les preuves scientifiques.⁵⁵ Le modèle provient de la méthodologie scientifique pour l'amélioration de la qualité et sert, en ce moment, dans divers contextes au pays. Cette manière de traiter les preuves dans le cadre d'un processus de changement, part d'une hypothèse sur la meilleure façon de gérer un changement ou de le mettre en oeuvre pour amener des améliorations. Une fois le but ou l'hypothèse établie d'une manière mesurable (Plan), les données sont rassemblées dans un certains laps de temps (Exécution), et l'examen des données (Étude), détermine le chemin à suivre (Action).

Une fois que les membres appropriés de l'équipe ont examiné les réponses aux questions, l'équipe détermine quels en sont le(s) but(s) mesurable(s) et planifie des actions précises et mesurables pour le(s) atteindre.

Dans la phase « Plan », les objectifs sont définis, des prédictions faites et un plan est élaboré comprenant la collecte de données et la mise en oeuvre.

Dans la Phase « Exécution », le plan est mis en oeuvre et un résumé narratif des activités est produit

Dans la phase « Étude », le résumé narratif est revu; on analyse les mesures et les cibles identifiées et on évalue les données disponibles pour déterminer jusqu'à quel point les objectifs du plan ont été atteints. Cette phase donne aussi des renseignements sur ce qui a bien marché et sur ce qui a maintenant besoin d'être modifié

La phase « Action » évoque la nécessité d'entamer un nouveau cycle de planification en adoptant la mesure ou en la recyclant avec un nouveau plan. Si la recherche confirme l'hypothèse, on planifiera un autre cycle pour tester les résultats à plus grande échelle ou sous des conditions différentes. Si l'hypothèse ne se confirme pas, il faut en proposer une nouvelle ou retravailler l'hypothèse qu'il faudra tester, élaborer un nouveau plan et reprendre le cycle

Partager avec tous les réussites et les faiblesses des cycles Plan, Exécution, Étude, Action, pour avancer des soins de santé améliorés, est un moyen très puissant de favoriser l'apprentissage en équipe.



La gestion du rôle de facilitateur

Le défi pour influencer les changements systémiques est de donner au personnel de première ligne le pouvoir de s'engager sur cette route et de trouver des moyens d'aider le transfert de connaissances et d'utiliser des preuves pour promouvoir et changer le comportement. Le facilitateur peut être le catalyseur de ce changement puisqu'il comprend les lignes directrices basées sur les preuves et les méthodologies de recherche et peut adapter les outils à utiliser. De cette façon, la pratique, l'équipe ou l'organisme peut effectuer la transition au fil du processus de changement en utilisant ses ressources tout en développant ses capacités à faire face au changement.

Le facilitateur en soins de santé primaires peut avoir besoin de connaître les lignes directrices basées sur les preuves appropriées. Par exemple, la gestion d'une pratique médicale permet de comprendre en profondeur le fonctionnement des pratiques de soins de santé primaires, prenant en compte les rôles des membres de la pratique ou de l'équipe, les protocoles utilisés et la rémunération, autant de facteurs qui peuvent influencer les motivations entourant le changement dans un domaine précis.

Ce contexte aide le facilitateur à comprendre l'attitude des individus qui remettent en question les structures organisationnelles, à évaluer l'inertie et les pressions exercées par une hiérarchie en évolution. La connaissance de la médecine basée sur les preuves scientifiques peut l'aider à discuter des meilleures pratiques avec les membres de l'équipe. Les lignes directrices basées sur les preuves se concentreront sur une stratégie d'amélioration adaptée dans les domaines ciblés - surtout si elles sont accompagnées d'un mécanisme de rétroaction sur la réussite. Le facilitateur, utilisé comme catalyseur de changement, permet aux pratiques de s'ajuster et de s'adapter aux changements tout en soulignant les stratégies couronnées de succès.

Le facilitateur doit disposer de nombreuses compétences pour aider les intervenants et les équipes à saisir tous les changements au niveau de l'individu et du système, entre autres, la connaissance des théories et des modèles de changement au niveau de l'individu, du groupe, de la communauté et de l'organisme et la capacité de fonctionner comme courtier du savoir.

L'application des connaissances peut servir à encourager la discussion et le consensus pour appuyer le changement au sein de la pratique/équipe mais pour que cette application de connaissances ait lieu, elle doit correspondre au contexte de la pratique.

C'est là que résident la force et le défi entourant les processus de changement par la facilitation : le partage et l'appui au partage de l'information entre collègues est essentiel mais il faut y ajouter l'élaboration de nouvelles formes de connaissance/preuve qui correspondent aux nouvelles formes de travail émanant du nouveau modèle de soins et qui se trouvent appliquées dans la pratique quotidienne.

Un équilibre délicat doit être maintenu. Les principes de base de l'andragogie doivent appuyer le processus de développement de la compréhension et des capacités chez tous ceux qui prennent part au changement (intervenants, leaders, membres de la communauté) puisqu'ils enrichissent tous le processus de leur expérience.

Pour que le facilitateur puisse enseigner il faut qu'il soit prêt à acquérir la connaissance qui va être avancée. Ceci fait, il pourra élaborer de nouvelles formes de compréhensions et des manières de travail qui intègrent les nombreuses perspectives qui sont au cœur du processus de changement, plutôt que de les rejeter.

Ressources de facilitation

 **Outils PDSA** (CB, SK et TN&L) : le modèle pour amélioration offre un cadre pour développer, tester et effectuer des changements au processus susceptible d'amener des améliorations. Ce modèle consiste en deux phases de même importance : La partie « pensée » et la partie « action ». Dans la première partie, on pose trois questions de base qui sont essentielles pour guider le travail d'amélioration. La seconde partie contient le cycle Plan, Exécution, Étude, Action pour amener un changement rapide. Pour plus de renseignements, visiter : www.hqc.sk.ca ou <http://www.hqc.sk.ca>, ou dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services, NL ou Lucienne.Wright@gov.yk.ca, Health and Social Services, Yukon Government.

 **Chart Review and Feedback** (ON) : Chart Review (CR) donne un instantané du comportement dans la pratique. Il sert de technique de motivation pour suivre les étapes du changement et améliorer les soins de santé préventifs. Les données recueillies donnent une rétroaction sur les pratiques individuelles et comparent les résultats de chaque pratique avec la moyenne générale. Une mini-révision offre de la rétroaction intérimaire. Contacter : facilitation@scohs.on.ca ou jschultz@uottawa.ca, University of Ottawa.

 **Community Accounts** (TN&L) : Il s'agit du tout premier système canadien centralisé d'accès et d'échange de données par Internet. Il offre un accès libre à la consultation et à l'analyse des données hiérarchiques au niveau communautaire. Ce système offre une source très vaste d'indicateurs économiques et sociaux clés et encourage la prise de conscience communautaire des facteurs qui décrivent le bien-être de la population et comment leur communauté se compare à d'autres. Pour plus de renseignements, visiter : www.communityaccounts.ca ou contacter dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

 **Tailored Reminder Systems** (ON) : Le facilitateur d'extension et l'équipe de pratique révise les opérations de la pratique. Ensemble, ils développent un système de rappel adapté au fonctionnement de la pratique. La facilitation aide le personnel à développer et à intégrer les changements systémiques choisis. Ce processus utilise les ressources de la pratique pour entamer et soutenir le changement. Contacter : facilitation@scohs.on.ca ou jschultz@uottawa.ca, University of Ottawa.





Team Effectiveness and Scope of Practice Tool (TET-SOP) (TN&L) :

Cet outil a été développé en Saskatchewan pour évaluer les éléments-clés des équipes de soins de santé primaires, y compris le but et la vision, les rôles, la communication, la livraison de services, l'aide à l'équipe et les partenariats. Il permet aux équipes d'évaluer périodiquement le progrès accompli.

Contacteur : www.health.gov.sk.ca/ps_phs_teamdev.pdf

Cet outil a été ensuite adapté à Terre-Neuve-et-Labrador et élargi pour mesurer les attitudes des intervenants face aux rôles et fonctions des membres de l'équipe, les normes de pratique, la coordination des services et la satisfaction du personnel par rapport au champ d'activité dans l'environnement d'une pratique. La version de TTN&L a également intégré à l'outil un instrument développé par Bronstein⁽⁸⁰⁾ pour mesurer le champ d'activités. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Role of Evaluation in PHC Renewal (TN&L) : Ce thème central à la réforme à Terre-neuve-et-Labrador est une approche en équipe et interdisciplinaire dans



le domaine de la livraison de services. Huit secteurs ont été financés pour effectuer des changements dans ce domaine. Des consultants externes ont élaboré un plan d'évaluation pour chaque site qui adopte une approche formative pour évaluer les réussites éventuelles des projets en combinant des méthodes de collecte qualitatives et quantitatives. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Program Planning and Evaluation Skill-building Process (TN&L) :

Des représentants des équipes des divers secteurs ont participé à un atelier de deux jours sur l'évaluation et l'amélioration des compétences d'évaluation offert par l'équipe provinciale d'évaluation. Les sujets traités comprenaient des modèles logiques et des méthodes d'évaluation ainsi qu'un document ressource à emporter. Grâce à une assistance et une formation soutenues, les divers domaines des soins de santé primaires développeront leurs compétences pour soutenir les efforts d'évaluation après la fin du financement de transition pour les soins de santé primaires. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Client/Patient Satisfaction Tool (TN&L) : Les consultants en évaluation ont élaboré ce questionnaire avec l'assistance du Office of Primary Health Care. Il a pour but d'étudier l'expérience du client/patient comme un des moyens d'accès aux services de santé et aux services sociaux de la région. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Quality Scorecard (MB) : Cet outil de NOR-MAN Regional Health Authority (NRHA) est une version de la carte de pointage équilibré élaborée par Kaplan et Norton. Il s'agit d'une carte de registre qui détaille l'état du système de santé et offre au conseil d'administration, aux gestionnaires et au personnel une façon de suivre le rendement du système de santé basé sur des priorités du plan stratégique.
Contacter : scrockett@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.



Proposal Development Process (TN&L) : Le Office of PHC (OPHC) a développé un modèle de processus de proposition pour le renouvellement des soins de santé primaires (qui comprend le soutien financier et la consultation du OPHC) pour les autorités régionales de santé qui doivent soumettre une demande pour des fonds de transition vers les soins de santé primaires. Le modèle se base sur des preuves scientifiques et comprend des renseignements démographiques, des profils d'équipes par secteurs, des défis et leurs solutions, un plan de mise en oeuvre et un plan financier et une composante de suivi et d'évaluation.
Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Getting Started in Program Planning & Evaluation (TN&L) : pour le compte de l'initiative BAM) : Ce module de formation comprend un manuel du facilitateur et un manuel du participant et couvre les sujets suivants : les étapes de la planification de programmes, la création d'un profil de programmes, les stratégies pour atteindre les résultats du programme, la création d'un modèle de planification de programmes, la création d'un plan d'action, les étapes d'un programme d'évaluation et la création d'un cadre d'évaluation de base. Contacter : merv@gov.ns.ca, NS Department of Health.

Chapitre 5

Cheryl Osborne, Betty Kozak,
Vivian R. Ramsden, Heather White

Faciliter la promotion et la prévention



Selon la recommandation No. 5 de la déclaration d'Alma Ata, les soins de santé primaires doivent, au minimum, inclure

- De l'éducation sur les questions de santé au sein de la communauté, les méthodes pour les identifier, les éviter et les contrôler; et,
- La prévention et le contrôle de maladies endémiques locales (OMS & Unicef, 1978).

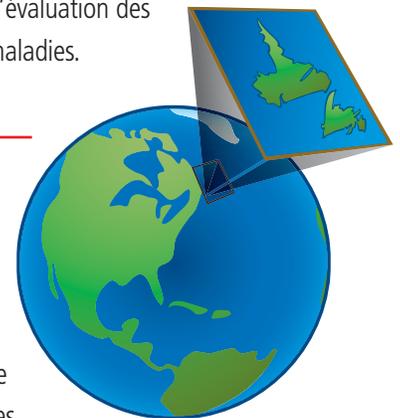
Alma Ata indique aussi que la façon de traiter ces éléments des soins de santé primaires varie d'une communauté à l'autre (OMS & Unicef, 1978).

Les problèmes de santé d'une communauté doivent être identifiés en premier lieu pour ensuite élaborer, mettre sur pied et évaluer des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. L'épidémiologie offre les composantes de base pour résoudre les problèmes de santé d'une communauté puisque son objectif est d'améliorer la santé des populations en identifiant d'abord les problèmes de santé des communautés.^{57, 58, 59}

Ce chapitre commence par un survol des liens entre l'épidémiologie et la promotion de la santé qui mène ensuite à une exploration des composantes de base sur lesquelles reposent l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.

L'épidémiologie

L'épidémiologie est l'étude de la répartition des conditions et événements des déterminants de la santé dans une population donnée. Le terme s'applique aussi à l'application de ce domaine d'étude pour le contrôle des problèmes de santé.⁶⁰ Sa tâche principale est de déterminer les sources d'une maladie au sein d'un contexte social, de déterminer les comportements et les circonstances précises qui y contribuent et de trouver des stratégies pour entraver les facteurs précipitants qui mènent à cette maladie.⁶⁰ La prévention doit commencer à la racine même du problème de santé afin d'éviter ou de réduire d'autres cas.



Blessures, maladies chroniques, maladies infectieuses, traumatismes aigus et autres problèmes de santé peuvent avoir un impact sérieux sur la population; Il est donc important de disposer de stratégies de prévention pour la population et de stratégies cliniques (individuelles).⁶¹ La santé publique et les soins de santé primaires offrent d'excellentes opportunités pour incorporer la prévention à la pratique.⁶²

Les facteurs qui mènent aux problèmes de santé sont complexes et comprennent, par exemple, des facteurs de comportement, des facteurs socio-économiques, culturels et autres.^{8,7} Dans le cadre de stratégies visant la santé de la population et la prévention clinique, on peut appliquer des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies à ces facteurs complexes. Il faut cependant s'assurer que les déterminants de la santé et l'impact de leurs interactions fassent partie du processus.

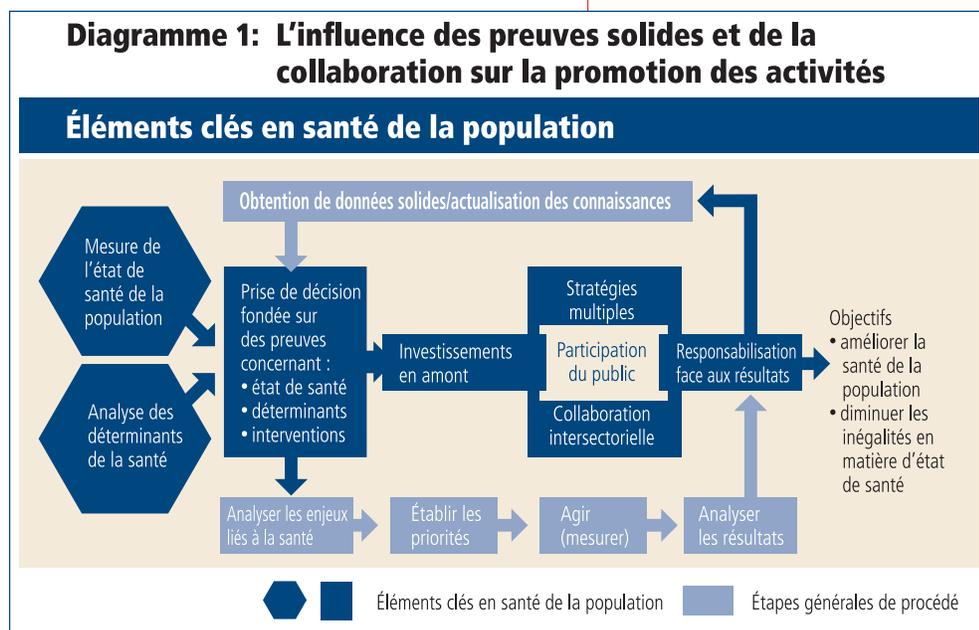
La promotion de la santé

La promotion de la santé encourage des styles de vie et des comportements de santé positifs et productifs en développant des milieux favorables et l'intégration de concepts et d'activités. La promotion de la santé est un processus dynamique et inclusif qui tente d'encourager les gens et les groupes de divers contextes sociaux à se prendre en main en développant les capacités d'apprentissage de l'individu. La promotion de la santé favorise une activité adaptative continue et se concentre sur cinq stratégies de base

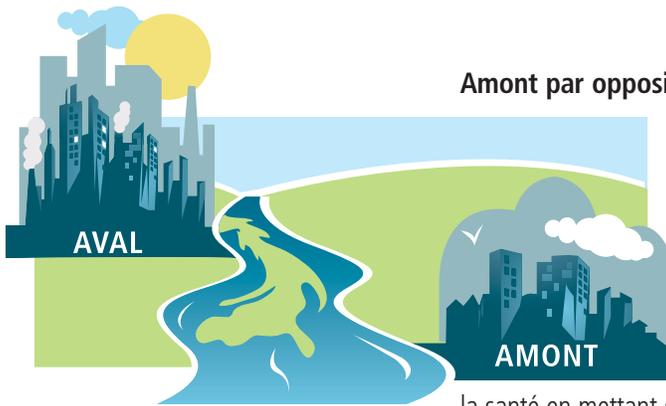
1. Bâtir une politique publique et un mode de vie sain;
2. Créer des milieux favorables;
3. Renforcer l'action communautaire;
4. Développer les compétences personnelles; et,
5. Réorienter les services de santé.

Le facilitateur dans le domaine de la promotion de la santé considère les besoins des individus et des communautés dans le contexte de leur environnement. Il développe leurs capacités en définissant comment les déterminants de la santé influencent directement leurs comportements de santé.⁶³ Le diagramme ci-dessous, disponible sur le site de Santé Canada⁶⁴ reflète bien l'influence du rôle de la preuve et de la collaboration dans l'activité de promotion.

Pour une promotion de la santé réussie, il faut travailler avec toutes les parties concernées et créer une variété de stratégies reposant sur des preuves solides et dont on peut, dans le temps, vérifier l'efficacité.



Référence : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/discussion_fr.pdf



Amont par opposition à aval

Cette analogie bien connue dans la promotion de la santé raconte l'histoire de deux villes situées le long d'une même rivière. La ville en amont se met à déverser des matières toxiques dans la rivière ce qui affecte la ville située en aval. Comment cette dernière va-t-elle réagir au mieux à cette situation ?⁶⁵

L'approche « aval » est de traiter les effets de la pollution sur la santé en mettant sur pied les traitements requis (prévention secondaire et tertiaire).

L'approche « amont » est de travailler conjointement avec la communauté située en amont pour qu'elle réduise sa pollution. Cela signifie prendre le problème à la base (prévention primaire). Les interventions primaires ont pour but d'aider les gens à rester en bonne santé ou à améliorer leur état de santé avant qu'il ne soit compromis et à concentrer leurs efforts sur ce qui influence plus largement les inégalités de santé telles que décrites dans les déterminants de la santé.¹²

La prévention dans le cadre des soins de santé primaires repose surtout sur des stratégies en amont. Il est aussi important de trouver les sources de la maladie que de traiter une fois qu'elle apparaît et cela implique que de nombreux éléments des soins de santé primaires, mentionnés dans le chapitre 1 de ce guide, sont à la base des stratégies de prévention. Équipes interdisciplinaires, collaboration intersectorielle et engagement communautaire sont autant d'aspects importants de la pratique primaire

La nature de la prévention

Avant de commencer, il serait utile d'expliquer brièvement les trois niveaux de prévention.⁶⁶

Tableau 5 : Les trois niveaux de prévention

Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
<p>But : Prévenir la maladie.</p> <p>Activité : Visant à réduire les facteurs menant à la maladie, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immunisation. • Réduction de l'exposition aux facteurs de risque. • Aider la modification des styles de vie. 	<p>But : Identifier les individus asymptomatiques au stade précoce de la maladie.</p> <p>Activité : Une identification précoce garantit une meilleure réaction au traitement que dans les cas de personnes présentant les premiers symptômes de la maladie.</p>	<p>But : Cibler les individus déjà atteints.⁶⁷</p> <p>Activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter la douleur et les dommages causés par la maladie. • Ralentir la progression de la maladie. • Éviter d'autres « complications ». • Améliorer les soins aux malades et la santé générale. • Aider les personnes affectées à continuer leurs activités.

Même si une attention soutenue à tous les niveaux de prévention est indispensable à l'intégration de stratégies de prévention dans les processus de renouvellement des soins de santé primaires, ce chapitre traite principalement du niveau des soins de santé primaires. La facilitation des changements de prise de conscience des divers niveaux de prévention et leur mise en pratique relèvent souvent de ceux qui facilitent le changement.

Dans le contexte des soins de santé primaires les médecins jouent un rôle extrêmement important dans l'intégration de la prévention dans la pratique. Ils sont perçus par le public comme une source fiable et crédible d'information sur la santé et doivent donc profiter de cette situation et se faire « enseignant » lorsque les clients/patients sont inquiets pour leur santé.⁶²

Le continuum de soins

Le modèle manitobain de continuum de soins organise l'intégration d'une approche complète de santé basée sur la personne. Ses composantes de promotion et de prévention illustrent l'approche « amont » décrite plus tôt. Il existe d'autres façons de cadrer ce travail, mais ce continuum est utile pour mettre en relief la contribution de diverses équipes de santé et groupes professionnels tout au long du processus de soins. Ce modèle met aussi en valeur le besoin d'efforts collectifs de tous les secteurs du système de santé pour en arriver à une approche intégrée de la santé.

Le facilitateur en soins de santé primaires concentre ses efforts et s'attache aux deux premiers niveaux de soins pour assurer une approche primaire suffisante mais il doit tout de même comprendre comment tous les niveaux de soins fonctionnent et s'affectent mutuellement. Ceci est nécessaire pour aider de manière efficace l'équipe et les changements organisationnels pour combler le vide entre la prévention actuelle et son niveau idéal.

Diagramme 2 : Modèle de continuum de soins de santé

Promotion	Prévention	Traitement/ Intervention	Rétablissement/ Réhabilitation	Support
Permet aux gens de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. ^{62, 12}	Évite la maladie ou entrave sa progression. ¹² Une fois la maladie apparue, réduit ses conséquences.	Traite la maladie et son processus une fois celle-ci activée.	Aide au retour à un fonctionnement optimal lorsque les capacités ont été affectées ou diminuées par la maladie.	Offre de l'assistance lorsque les fonctions sont affectées par la maladie.

Winnipeg Regional Health Authority, 2003

Hancock (2004) identifie trois grands défis dans la mise en oeuvre de la prévention clinique en Colombie-Britannique⁶⁸ et recommande leur utilisation dans la planification future au sein des soins de santé primaires :

1. Trouver un « champion » au niveau local;
2. Trouver des façons d'institutionnaliser la prévention; et,
3. Reconnaître l'importance des ressources externes, comme les facilitateurs.

Pour améliorer le dépistage de prévention il faut d'abord être certain que ce dépistage est nécessaire, le facilitateur doit donc savoir quelles sont les interventions qui peuvent être recommandées selon les preuves disponibles. La présence d'une tierce partie, dont le rôle est d'aider le processus d'évaluation et d'intégration, peut offrir une sensibilisation et une assistance supplémentaires utiles à l'équipe ou à la pratique.

Pour que l'équipe/la pratique établisse des objectifs de réussite il faut absolument trouver un point de référence solide. Celui-ci peut provenir de réflexion pratique ou de debriefing clinique et comprend la considération de la performance individuelle en matière de pratique préventive et une comparaison avec un groupe de pairs. Une telle approche aide à intégrer les lignes directrices basées sur les preuves et, à leur tour, elles aident à renforcer les meilleures pratiques de prévention et à combler le vide dans la pratique entre ce qui est censé se produire pour promouvoir la prévention et ce qui se produit en réalité.

Hancock (2004) souligne l'utilité d'un facilitateur pour combler le vide entre le savoir et la pratique.

La gestion du rôle de facilitateur

Il y a une prise de conscience croissante de l'importance d'établir et de soutenir les processus de changement et la facilitation est un moyen de mettre en oeuvre nos plans de changement. La facilitation offre support, orientation et structure pour que les membres de l'équipe des soins de santé primaires puissent effectuer les changements requis tout en continuant à se concentrer sur la prestation des soins nécessaires.

La facilitation peut jouer un rôle clé, et elle l'a déjà fait, dans l'intégration de stratégies de prévention dans les soins de santé primaires. Elle encourage le dialogue et les suggestions de la part de l'équipe/pratique pour en arriver à un consensus pour définir et cibler une amélioration des tests de dépistage. Un tel processus identifie qui, dans l'équipe, doit être impliqué, à quel moment et comment structurer une solide étape de consignation et de rapport. Pour cela il faut que le facilitateur soit aidé dans sa tâche par un champion dans la pratique, dans l'équipe ou au sein de l'organisme.

Bien peu d'équipes/pratiques en soins de santé primaires utilisent ou disposent de bons systèmes de bureau, de pratiques ou d'équipes pour améliorer la livraison des techniques recommandées en matière de dépistages préventifs pour la population qu'ils servent. Le facilitateur peut aider l'équipe/centre médical à élaborer et à intégrer dans son système des rappels qu'ils soient sur papier ou électroniques. Une approche systématique et organisée garantit la prestation de services de prévention efficaces et opportuns. Le facilitateur peut aussi contacter d'autres agences de santé de la part du centre médical afin que celui-ci puisse se familiariser avec les ressources communautaires disponibles et ainsi améliorer sa prestation de soins.

Ressources en facilitation



Preventive Health Care (ON) : Dans la facilitation d'extension on a utilisé jusqu'à 53 manoeuvres de tests de dépistage basés sur le Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs, « la référence » en matière de performance basée sur les preuves scientifiques. Les pratiques familiales reçoivent une révision confidentielle de leurs soins préventifs. Les données de prévention basées sur les preuves sont reçues et discutées et un processus de consensus et de planification mène à la formulation d'un graphique spécifique de rappel et à des systèmes de recherche documentaire. Voir Prevention Flow Sheet Examples et www.ctfphc.org.



Moving for Health (TN&L) : Ce programme, élaboré par le Eastern Health and Community Services et le Heart Health Network, vise le rôle de la communauté dans une plus grande participation des adultes à une activité physique quotidienne. Lancée en 1995 par un bénévole travaillant avec des adultes plus âgés, ce programme a maintenant été adopté dans toute la province. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services





Prevention Flow sheet (MB et CB) : Il s'agit d'un organigramme électronique qui contient une sélection de manœuvres suggérées par le Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs pour les personnes de 50 à 70 ans. L'organigramme fait partie d'un processus collaboratif de médecins pour les maladies chroniques et a été élaboré comme outil Internet des Médecins-Conseils en santé publique. Visiter : www.CTFPHC.org



Health Promotion and Disease Prevention (ON) : Une ressource pour aider les équipes interdisciplinaires en soins de santé primaires dans le domaine de la promotion et de la prévention des maladies. Visiter : http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_health_promotion2.pdf



Snowmobile Awareness Initiative (TN&L) : Suite à la forte réaction de la communauté après une série d'accidents de motoneiges (dont un mortel), une session de réflexion a eu lieu pour élaborer des stratégies de prévention (éducation des parents, des jeunes, questions entourant la loi en vigueur). Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



P.A.R.T.Y. (Prevent Alcohol and Risk-related Trauma in Youth) (MB) : P.A.R.T.Y. a pour objectif de promouvoir la prévention des accidents reliés à l'usage de l'alcool par l'éducation-réalité des jeunes entre 14 et 19 ans. Ce programme les aide à reconnaître le risque et à faire des choix informés d'activités et de comportements. L'atelier d'une journée comprend une simulation d'accident de voiture, une visite dans une salle d'urgence et des présentations de rescapés, du personnel des services d'urgence et de thérapeutes. Pour des renseignements sur le programme, contacter : www.mts/~mbia or www.partyprogram.com



FASD Diagnostic Services (TN&L) : L'équipe de gestion régionale de FASD (comprenant la Santé, l'Éducation et des groupes autochtones du Labrador) a mené un effort concerté pour établir un service diagnostic ETCAF (ensemble des troubles du spectre de l'alcoolisation foetale). Le guide Motherisk pour le diagnostic de ETCAF a été utilisé avec les lignes directrices provenant du Journal de l'Association médicale canadienne - FASD : Canadian Guidelines for Diagnosis. Des mesures ont été prises pour offrir des services diagnostics continus. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Healthy Eating Habits Initiative (MB) : Il s'agit d'une initiative communautaire, visant à éveiller les gens aux habitudes alimentaires, qui a débuté au sein d'un groupe multisectoriel pour traiter des questions de diabète, pour revoir les données, identifier des stratégies et options et pour envisager d'autres étapes possibles. Contacter : mgray@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.



Circle of Health (COH) Health Promotion Framework (TN&L) : Le COH de la province se base sur un cadre de promotion de la santé développé à l'IPE en 1996.



Il a servi de fondement à l'atelier provincial de formation offert en octobre 2005. Trois des modules BAM, « Facilitating Adult Learning (« Faciliter l'apprentissage chez adulte »), « Understanding PHC » (« Comprendre les soins de santé primaires ») et « Building community relationships » (« Bâtir des relations avec la communauté »), étaient pré requis pour cet atelier. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Physical Activity Promotion (MB) : Le groupe central de Parkland Physical Activity Coalition a élaboré une mission, une vision et des objectifs avec le Manitoba Physical Activity Action Plan et invité les intervenants régionaux à un atelier pour discuter de leurs rôles respectifs. Ce processus visant à créer une coalition a réuni tout un groupe d'intervenants dont le but commun est la promotion de l'activité physique. Le matériel se base sur le modèle de Développement des ressources humaines Canada. Contacter : fjeffries@prha.mb.ca, Parkland Regional Health Authority.



HEAL (Healthy Eating and Active Living) (CB) : HEAL est un organisme à but non lucratif qui appuie un réseau de promotion de la santé qui travaille pour des communautés en bonne santé, une alimentation saine et de l'activité physique. Son objectif principal est de se faire le porte-parole des citoyens du Nord pour qu'ils puissent devenir actifs et s'impliquer dans leur propre santé. Contacter : alice.domes@northernhealth.ca, Northern Health.



Cervical Screening (TN&L) : Pour s'attaquer aux taux élevés de cancer du col de l'utérus dans la province, les intervenants se sont lancés dans l'élaboration d'un programme organisé de dépistage. Ce travail a commencé avec des données provinciales et a été lancé dans les régions Ouest, Centre, Grenfell et Labrador en 2003. Il y a actuellement des coordonnateurs et des ressources un peu partout dans la province. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



5A's Program of Brief Interventions (CB) : Cet outil d'autogestion dans la prévention et la gestion des maladies chroniques est né d'un besoin clairement identifié d'une approche commune aux questions de changements de styles de vie pour les patients souffrant de maladies chroniques et pour des interventions de courte durée dans les soins aigus. L'outil a été présenté aux gestionnaires par le biais d'un programme de formation du formateur. Contacter : alice.domes@northernhealth.ca, Northern Health.



Injury Prevention (IP) (MB) : Un groupe de travail régional a revu les données sur les accidents, identifié des secteurs prioritaires et élaboré un cadre régional. Des groupes de travail intersectoriels dans les secteurs prioritaires (Ferme, véhicules motorisés, chutes, suicide et maux auto-infligés) coordonnent des

activités en se servant d'un processus de coalition basé sur le modèle de partenariat de Développement des ressources humaines Canada. Contacter : <http://www.gov.mb.ca/healthyliving/injuryreview.html>



Injury Prevention (MB) : Depuis 1993, un manuel et un guide annuel de partenaires communautaires servent à organiser des événements communautaires en partenariat avec la GRC, les pompiers, les services médicaux d'urgence, les ministères des loisirs et la Croix Rouge canadienne. Le thème change chaque année et implique différents partenaires dans la planification d'un événement durant la semaine SécuritéJeunes. Visiter : www.safekidscanada.ca



Women's Health Reproductive Screening (CB) : Du financement a été alloué à un programme d'enseignement pour que les infirmières autorisées puissent effectuer des pips, ECS (examen clinique des seins) et examens bi-annuels pour les femmes vivant dans le Nord de la CB. Des sessions éducatives sont données par Internet, conférence téléphonique et consultations avec les intervenants et les médecins. Contacter : Lynda.anderson@northernhealth.ca, Northern Health.



Seniors' Health (MB) : Des programmes sur l'exercice et la nutrition ont été créés dans le cadre d'une initiative d'amélioration des soins à domicile adaptée aux besoins particuliers des personnes âgées vivant dans une communauté du troisième âge. Contacter : lnordick@mb.ca



Immunization (MB) : Un comité régional d'immunisation a élaboré des objectifs pour assurer une prestation optimale et sûre des vaccins ainsi qu'une augmentation des taux d'immunisation dans la région d'après les données régionales et communautaires obtenues du ministère de la santé. Le comité provincial qui coordonne l'immunisation se réunit tous les deux mois et partage l'information venues des diverses régions de la province. Contacter : www.wrha.mb.ca



Nicotine Intervention Counselling Centre (NICC) (CB) : La mission de NICC est d'aider une équipe multidisciplinaire d'intervenants de la santé, formés comme conseillers en tabacomanie et en meilleures pratiques, et qui intègrent dans leur rôle le programme du centre. Contacter : alice.domes@northernhealth.ca, Northern Health.



Born a Non-smoker Program (TN&L) : Ce programme, développé en janvier 2001, offre à tous les nouveaux bébés un T-Shirt sur lequel on peut lire Born a Non Smoker (je suis né non fumeur). De plus, le programme offre des sessions pour renseigner les parents sur les méfaits de la fumée secondaire indirecte. Ce programme était basé sur le travail d'équipe, la communauté et les preuves scientifiques et a été considérablement élargi à cause des réactions positives qu'il a suscité. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

Chapitre 6

Vivian R. Ramsden, Cheryl Osborne,
Shannon Turner, Heather White

Le développement des capacités communautaires



Dans le chapitre 1 nous avons déjà indiqué qu'une compréhension des déterminants de la santé est essentielle au renouvellement des soins de santé primaires puisqu'ils permettent un effort collectif de collaboration entre différentes autorités.

Les individus vivent dans des communautés où de nombreux facteurs ont une influence sur leur santé. Les soins de santé primaires doivent être livrés en prenant en compte ces facteurs. Comme le précise la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), les éléments suivants créent les conditions nécessaires à la prévention de la maladie : la santé, la paix, le revenu, l'éducation, la disponibilité de nourriture et de logement à un prix abordable, des ressources durables et la justice sociale.

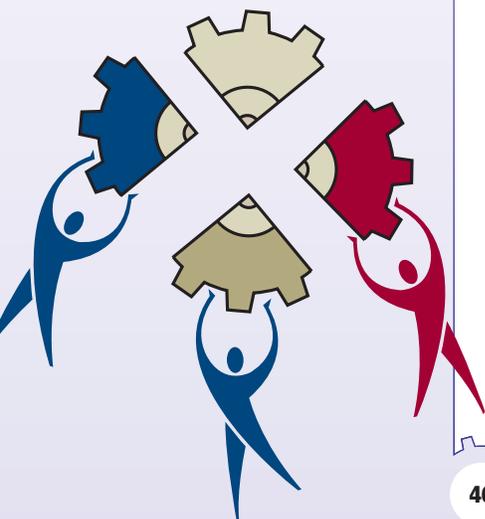
En axant le travail sur les déterminants de la santé liés aux besoins spécifiques d'une communauté (identifiés par une collecte de preuves scientifiques par le biais d'évaluations des besoins et de cartographie des atouts) on commence à :

- Identifier les partenaires intersectoriels et communautaires appropriés; et,
- Planifier des programmes pour améliorer la santé et le bien-être.

Cette approche de la santé de la population combine la promotion de la santé et l'analyse épidémiologie traditionnelle des indices de santé de la population. Elle s'attache à la santé de la communauté plutôt qu'à celle de l'individu et devient le plan d'action pour prévoir les interventions de prévention des maladies et du maintien du bien-être. Ce chapitre examine de près le développement des capacités au niveau de la communauté. Il débute par une discussion sur le rôle et l'importance d'impliquer les membres de la communauté et en examine trois exemples. Ce chapitre examine aussi les divers niveaux de partenariats et l'importance du travail intersectoriel pour renforcer l'engagement comme moyens de créer des réseaux valables qui permettent d'améliorer la santé de la population.

Comment impliquer la communauté comme membre de l'équipe de soins de santé primaires

Impliquer une communauté consiste essentiellement à inviter certains de ses membres à faire partie de l'équipe de soins de santé, et donc de faciliter leur processus d'implication pour travailler à développer des programmes avec et pour la communauté. Le développement



communautaire est une des approches de facilitation qui a été utilisée en Saskatchewan^{69, 70, 71, 72} (Santé Canada 2002; Ramsden and Cave, 2002; Ramsden et al, 2003; Ramsden et al, 2003; Ramsden, 2004) et qui prend pour acquis les éléments suivants :

Services d'habilitation : Le but est d'impliquer la communauté en tant que partenaire actif dans le travail de l'équipe et pour y arriver c'est souvent le facilitateur qui doit établir les connections indispensables à des relations durables. Le facilitateur, par le biais de stratégies collaboratives et, parfois, en faisant valoir le besoin de changement et de collaboration, crée des actions organisationnelles qui aident ces changements à long terme.⁷³

Processus connectifs : La théorie de l'action communautaire pour la santé⁷⁴ repose sur le principe selon lequel la connaissance et les compétences de l'individu sont des forces qui contribuent à l'amélioration du bien-être. Pour développer au mieux ces capacités par la participation il faut consolider et renforcer la connaissance et l'expertise en place. La participation doit être réelle et authentique - ,pas seulement la participation selon les vieux modèles - et les facilitateurs doivent s'attacher à trouver des façons de prendre des décisions avec les participants au lieu de les prendre pour eux.

Actions organisationnelles et stratégies collaboratives : Pour que la communauté joue un rôle dans la santé il est essentiel que la population locale effectue l'analyse. Le rôle des prestataires de soins de santé est justement de permettre à la population d'analyser sa situation, de réfléchir aux causes profondes de sa mauvaise santé et, ensemble, de trouver les moyens d'y remédier.⁴⁰ Les facilitateurs de changement doivent sortir de leur organisation et prendre contrôle de la situation pour intégrer la communauté au sein de leur travail. Dans un processus d'engagement réussi, la communauté détermine le déroulement du changement suivant une vision communautaire partagée. Le facilitateur sert de ressource à la communauté tandis que les individus identifient leurs priorités, leurs capacités et leurs problèmes tout en continuant à développer des partenariats collaboratifs

La revendication comme défi : Parfois le facilitateur doit lancer un défi aux structures et aux processus en place qui entravent un véritable engagement communautaire. Pour pouvoir contribuer à l'engagement valable de la communauté il est important de travailler avec ses membres et d'encourager tout effort pour impliquer activement ses partenaires.

Comment enrichir le processus de « travail avec la communauté »

Travailler avec la communauté présente certains défis auxquels il faut faire face. Le rôle de la communauté est clairement tracé dans la Déclaration de Alma Ata^{10, 11} (OMS et Unicef, 1978). Selon cette déclaration, les gens ont le droit et le devoir de participer au processus de changement des soins de santé primaires. La déclaration énonce aussi le principe clair que les gens sont des partenaires égaux dans ce processus puisqu'ils ont la responsabilité conjointe de leur santé et de leur bien-être.

Dans la pratique pourtant, ces principes sont souvent remis en question par les systèmes. Il faut donc que les valeurs qui soutiennent le travail avec la communauté soient négociées et mutuellement acceptables, consignées par écrit et souvent revues pour s'assurer qu'elles continuent de répondre aux besoins des membres de l'équipe de santé.⁷⁵

La participation citoyenne dans les soins de santé primaires est un principe accepté, mais son application dans les faits est souvent remise en question par les systèmes.

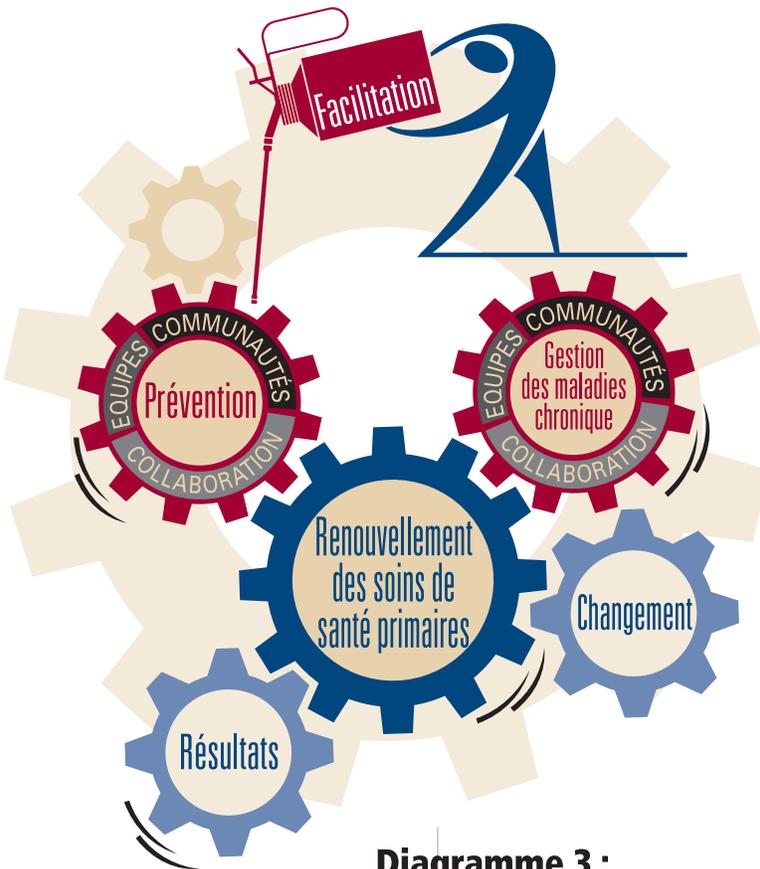


Diagramme 3 :
Arnstein Ladder

8	Le citoyen contrôle	Degrés de pouvoir du citoyen
7	Délégation du pouvoir	
6	Partenariat	Degrés de coopération symbolique
5	Conciliation	
4	Consultation	
3	Information	Non participation
2	Thérapie	
1	Manipulation	

Référence #76

Le Public Participation Spectrum (Association internationale pour la participation publique, 2005),⁷⁷ (diagramme 4) ci-dessous montre les niveaux de participation sous forme de continuum. A une extrémité se situe l'information, à l'autre la prise de contrôle. Ce modèle indique également les outils ou techniques de participation publique associés à chacun des niveaux.

Ce modèle illustre un continuum de participation ou d'impact mais permet aussi de comprendre ce que ressent la communauté ou ce qu'elle comprend de son implication. La promesse inhérente à chaque niveau d'engagement est reliée au degré de pouvoir de prise de décision offert au public.

Avant de choisir un niveau de participation ou encore les techniques à utiliser, il faut déterminer quel est le message envoyé au public et/ou la promesse implicite qui lui est faite. Avec un message clair, il est plus simple de comprendre et d'apprécier le niveau de

Au niveau communautaire, les éléments de soins de santé primaires devraient répondre aux problèmes de fond de la communauté qui ont été mutuellement identifiés mais ces éléments doivent aussi refléter la nécessité de les résoudre par des manières jugées acceptables par la communauté.^{10, 11}

La déclaration Alma Ata exige et encourage la participation maximale de la communauté ainsi qu'une plus grande autonomie des individus dans la planification, l'organisation, l'opération et le contrôle des soins de santé primaires. Ce processus doit se servir pleinement des ressources locales et nationales et de toute autre ressource disponible et, à cette fin, les soins de santé primaires doivent développer la capacité de la population à participer au processus grâce à des programmes éducatifs appropriés.^{10, 11}

Plusieurs modèles peuvent enrichir ce processus mais les trois modèles ci-dessous illustrent les divers aspects de l'engagement communautaire :

1. Arnstein Ladder (Arnstein, 1970);⁷⁶
2. Public Participation Spectrum International Association for Public Participation, 2005;⁷⁷ et,
3. Community Empowerment (Rissel, 1994).⁷⁸

Souvent dans le système de santé, la consultation sert de preuve de participation; pourtant, l'information recueillie n'est pas nécessairement écoutée ni mise en pratique. L'échelle de Arnstein⁷⁶ (diagramme 3) aide à déterminer quels sont les vrais niveaux de participation et d'engagement dans les changements entamés au sein des soins de santé primaires et à assurer qu'ils sont maintenus dans le travail avec les partenaires communautaires.

participation souhaitable et donc plus facile de choisir les outils et techniques correspondant au niveau de l'engagement.

Certes, augmenter la participation publique est un aspect important, mais ce qui l'est encore davantage c'est d'harmoniser techniques et promesses, car c'est ainsi qu'on obtient un processus de participation authentique.

Diagramme 4 : IAP2 - Le spectre de participation publique

IAP2 - Le spectre de participation publique

Développé par le International Association for Public Participation

Augmenter le niveau d'impact sur le public

Informer	Consulter	Impliquer	Collaborer	Prise en charge
But de la participation du public :	But de la participation du public :	But de la participation du public :	But de la participation du public :	But de la participation du public :
Fournir au public une information équilibrée et objective afin de les aider à comprendre le problème, identifier des alternatives, opportunités et/ou solutions.	Obtenir la rétroaction du public sur l'analyse, les alternatives et/ou solutions.	Travailler avec le public tout au long du processus afin d'assurer que leurs préoccupations et aspirations soient entendues et considérées.	Collaborer avec le public sur chacun des aspects de la décision, y compris le développement d'alternatives et l'identification des solutions préférées.	Placer la décision finale entre les mains du public.
Promesses au public :	Promesses au public :	Promesses au public :	Promesses au public :	Promesses au public :
Nous vous tiendrons informé.	Nous vous tiendrons informé, tiendrons compte de vos préoccupations et aspirations et soulignerons l'influence de la rétroaction du public sur la décision.	Nous travaillerons avec vous afin de garantir que vos préoccupations et aspirations soient reflétées dans les alternatives développées et soulignerons l'influence de la rétroaction du public sur la décision.	Nous nous tournerons vers vous pour des conseils directs dans la formulation de recommandations et ferons tout en notre pouvoir pour intégrer ces conseils à nos décisions.	Nous implanterons vos décisions.
Exemples de techniques à considérer :	Exemples de techniques à considérer :	Exemples de techniques à considérer :	Exemples de techniques à considérer :	Exemples de techniques à considérer :
<ul style="list-style-type: none"> ● Fiches factuelles ● Sites web ● Portes ouvertes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Commentaires du public ● Groupes cibles ● Questionnaires ● Réunions publiques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ateliers ● Sondages 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité avisé de citoyens ● Recherche de consensus ● Prise de décision participative 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comités de citoyens ● Bulletins de vote ● Délégation de la prise de décision

Copyright IAP2. Tous droits réservés. 2005 Association internationale pour la participation publique⁷⁷

La prise en charge peut être une idée complexe. Selon Rissel (1994) il s'agit d'un processus qui permet à un individu, un organisme ou une communauté de prendre le contrôle de son existence⁷⁸ (Rissel, 1994). L'Organisation mondiale de la santé (2002)⁷⁹ déclare que l'individu et la famille sont les atouts les plus sous-estimés du système de santé. Leur capacité à promouvoir le changement et à générer des résultats est indéniable. C'est une expertise de ce calibre qui permet à la société de réfléchir et de commencer à transformer le système de santé de façon à améliorer la santé et le bien-être des individus et à maximiser le potentiel des prestataires de soins.⁴⁰

Diagramme 5 : Modèle d'autonomisation communautaire⁷⁸



C'est seulement en impliquant les individus d'une communauté que l'on peut parler de développer les capacités. La facilitation, dans le domaines des soins de santé primaires, élabore des programmes pour s'attaquer à des questions choisies mutuellement en utilisant les moyens et les ressources que la communauté juge appropriés. En travaillant avec la communauté, peu importe le modèle, la méthode ou la stratégie qu'on utilise, la capacité s'en trouve renforcée et la viabilité est assurée.

La facilitation appliquée

Le rôle du facilitateur, peu importe sa méthode, est d'utiliser le processus et les outils qui mènent à l'implication communautaire dans ses activités quotidiennes afin de travailler avec la communauté plutôt que pour elle et sur elle⁸⁰. L'emphase est mise sur le développement des capacités avec la communauté pour l'aider à s'aider elle-même dans le domaine de la santé et du bien-être.⁴⁰

Ce changement facilité repose sur la conviction que les individus peuvent changer leur monde et que le changement le plus efficace commence par la personne. Cet énoncé est vrai mais souvent les gens opprimés, peu importe les raisons, manquent de confiance, de possibilités et d'encouragements nécessaires pour augmenter leur force.^{81,82} Dans la mesure où le facilitateur a travaillé avec la communauté, et donc avec les individus, pour tirer parti de leurs forces dans le processus de changement, il a facilité la prise en charge de la communauté et des individus qui la composent.⁷³

Ce processus part d'une vision de la communauté et se nourrit de ses besoins, de ses ressources et de sa culture. Un support continu crée un processus de changement qui appartient à la communauté et la façonne, mais qui est mis en oeuvre par des interventions telles les opportunités éducatives et le support d'une coordination facilitée.

Le but premier est de renforcer la viabilité. En d'autres mots, il faut apprendre avec les membres de la communauté comment pêcher dans leur lac - plutôt que de leur donner le poisson. Une fois le facilitateur parti, on doit juger que ses services ne sont plus requis pour continuer le travail qu'il a entrepris. Quand une facilitation a vraiment réussi, le facilitateur se retire de l'avant-scène bien avant de quitter la scène complètement. Telle est la nature même de la prise en charge, de la facilitation et du leadership partagé.

Un exemple de réussite - le Green Bay Development Project, Terre-Neuve-et-Labrador

Durant l'été 1997, le Health and Community Services - Central (HCS-C) a lancé un projet en deux phases pour améliorer la prestation de services en travaillant de plus près avec la communauté pour utiliser le mieux possible les ressources disponibles.

Le financement du projet est venu de la réorganisation du budget d'opérations de HSC-C et de changements au niveau du personnel qui ont permis une redistribution des ressources. Trois districts infirmiers de santé publique étant fusionnés en deux à cause du déclin de la population et de ses besoins, les fonds alloués à ce poste ont été versés dans le projet. Dans la phase 1, on a financé un poste de coordonnateur de recherche et, dans la phase 2, un poste de coordonnateur de la promotion de la santé pour servir de catalyseur pour la mobilisation de la communauté.

La population de Green Bay (8,895 selon le recensement de 2001) est répartie dans quelque 21 communautés sur une vaste région géographique. Le personnel et les groupes communautaires de la région avaient la conscience de la communauté requise pour impliquer les communautés. Les étapes suivantes ont aidé à impliquer la communauté comme membre de l'équipe de santé :

Auto-réflexion : Quelles sont vos valeurs personnelles et vos convictions dans la prise en charge des communautés ? Croyez-vous que les gens veulent des choix, qu'ils sont prêts et capables de les assumer ou êtes-vous plutôt d'avis que vous connaissez les réponses ?

Évaluation organisationnelle : Votre organisme va-t-il appuyer vos actions si elles dépassent la description traditionnelle du prestataire de soins de santé primaires ?

Évaluation communautaire : Élaborez des données de base, par exemple : Quelle est l'histoire des communautés qui aujourd'hui s'unissent pour régler des problèmes ? Quelles sont actuellement les initiatives ou activités qui existent dans la communauté ?

La collaboration intersectorielle est une extension de notre concept et de la définition de l'équipe. Elle comprend les nombreux intervenants qui ont un rôle à jouer dans la prévention dans les soins de santé primaires.

Leçons tirées du Green Bay Project :

- **Favoriser une prise de conscience de la communauté.** Il faut utiliser diverses approches pour rejoindre tous les secteurs de la communauté. Dans ce cas particulier, la méthode la moins efficace était la tenue de réunions publiques. Les approches réussies étaient : le bouche à oreille, la participation dans les activités communautaires et des invitations pour que les gens s'impliquent.
- **Offrir une variété de possibilités de participation.** Il ne faut pas seulement impliquer les responsables officiels ou les leaders. L'heure, le lieu des réunions et les services de garderie sont des éléments à considérer (les réunions qui se tiennent entre 9 heures du matin et 17 heures, du lundi au vendredi, limitent la participation). Gardez les sceptiques informés et assurez-vous de les inviter à s'impliquer.
- **L'importance de la langue.** Assurez-vous d'utiliser le niveau de langue approprié et d'éviter le jargon technique.
- **Prenez le temps d'établir des relations et un climat de confiance.** Cette exigence prend du temps mais elle est souvent à la base de tout progrès. Faites attention à la fois au processus et aux résultats.
- **Ne prenez pas pour acquis quels sont les besoins - clarifiez et validez.** Pour savoir quels sont les besoins, écoutez!
- **Commencez modestement.** Trouvez des questions qui intéressent la communauté et pour lesquelles il existe déjà des ressources.
- **Communiquez la réussite.** La réussite remonte le moral et crée un sentiment de progrès et d'engagement.
- **Les partenariats sont indispensables.** Il faut communiquer clairement quelles sont les attentes vis à vis de l'équipe partenaire et clairement expliquer le niveau d'engagement. Offrez respectueusement aux membres des possibilités de contribuer et de partager leurs idées. En d'autres mots, offrez un engagement concret, pas une contribution symbolique.
- **Ne ré-inventez pas la roue.** Si quelque chose existe déjà, essayez de trouver des moyens de l'enrichir et de le renforcer plutôt que de lui faire concurrence.
- **Gardez votre élan.** Célébrez les étapes et les événements marquants. Faites des mises à jour pour la communauté dans son ensemble, encouragez de nouvelles personnes et de nouveaux organismes à s'impliquer. Donnez aux membres la possibilité de se ré-engager, de faire une pause ou encore de prendre de nouvelles fonctions au sein du processus. Comme il s'agit d'un processus continu, il faut un support continu.
- **N'oubliez pas qu'il n'y a pas de solution unique.**

L'initiative de Green Bay en est une parmi d'autres qui ont utilisé ces principes et amélioré l'engagement de la communauté. En facilitant le processus d'engagement, le personnel de Green Bay et les membres de la communauté ont concrétisé la notion de participation communautaire dans les soins de santé primaires et dans l'amélioration de la prestation de services aux résidents de la région de Green Bay.

Établir des liens avec les groupes intersectoriels

Les déterminants du changement comprennent des domaines à l'extérieur du système de santé traditionnel, comme la justice ou l'éducation; Le facilitateur doit donc trouver des partenaires d'autres secteurs pour renforcer son travail.

L'Organisation mondiale de la santé définit ainsi la collaboration intersectorielle :

« Une relation reconnue entre une/des partie(s) du système de santé et une/des partie(s) d'un autre secteur, établie pour agir sur une question pour atteindre des résultats dans le domaine de la santé ... d'une manière plus efficace, efficiente et durable que si le secteur de la santé avait tenté d'y remédier seul. »¹²

La collaboration intersectorielle élargit le modèle de facilitation dans les soins de santé primaires. D'après la définition de l'OMS de la collaboration intersectorielle, l'équipe de soins de santé primaires peut être élargie et inclure les nombreux autres intervenants susceptibles d'affecter la prévention dans le contexte des soins de santé primaires.⁷⁹ Le facilitateur doit alors considérer comment les éléments discutés dans le travail avec les équipes peut être adapté et intégré au travail entamé par ceux qui sont à l'extérieur du groupe chargé de la prestation directe. Il doit comprendre également les diverses formes de partenariat possibles et les appuis indispensables à leur viabilité à long terme. Pour que le facilitateur puisse développer les capacités, il doit développer, puis partager, les compétences, la connaissance, les rôles et les différents appuis indispensables à la viabilité des changements effectués au sein de la communauté.

Construire des partenariats

Les partenariats, y compris ceux développés avec les groupes intersectoriels, peuvent prendre diverses formes selon la communauté puisque la communication et l'implication des membres varient. Cette constatation a d'importantes implications pour le facilitateur chargé de développer les capacités. Quatre niveaux de partenariats ont été identifiés qui peuvent aider à saisir la nature de chacun et les éléments nécessaires à sa viabilité.⁸³

Tableau 6 : Quatre niveaux de partenariats - éléments nécessaires

	Caractéristiques	Rôle du facilitateur
Communication	Niveau de base. Partage de l'information & des ressources. Moindre niveau d'engagement.	Crée des lignes de communication. Coordonne les activités. Essaie d'augmenter la collaboration. Aide à développer les relations et à bâtir l'équipe.
Coordination	Plus d'engagement ou d'activité. Emphase sur la réduction des doublons et/ou prestations de services. Une agence ou plus pour coordonner les activités.	Activement impliqué dans la discussion. Organise et facilite les réunions entre groupes. Encourage la clarté de vision et la planification des rôles par consensus au sein du groupe.
Coopération	Activités dans diverses agences et secteurs. Établissement des lignes de communication. Intégration plus grande des partenaires. Autonomie des personnes engagées dans leurs fonctions et dans leur identité.	S'attache au développement des relations. Prend certaines actions - tenues de réunions et éducation. S'attache à aider les autres membres à agir.
Collaboration	Plus grand niveau d'engagement vers un but commun. Reconnaissance du rôle essentiel de chaque partenaire. Partage maximal des ressources et de l'information. Relations fortes et bien définies.	Offre le support là où il est requis. Aide les leaders en émergence. Laisse la voie libre.

Référence #83

Une fois que la nature et/ou le niveau de partenariat est établi, il faut examiner les diverses caractéristiques nécessaires pour appuyer le travail de ce partenariat à long terme. Les caractéristiques suivantes peuvent clarifier la nature du partenariat.

Tableau 7 : Quatre niveaux de partenariats - maintenir le relation

Caractéristiques	Faible	Élevé
Engagement	Une entente verbale si nécessaire.	Une entente de principe est produite pour définir le partenariat.
Formalité	Pas de procédure en place pour prévoir la communication et le partage des tâches.	Document précisant le mandat qui clarifie les rôles, les attentes et la manière de résoudre les conflits.
Contact personnel	Interaction limitée entre les partenaires et efforts minimes pour l'encourager.	Réunions régulières, interactions régulières et communications.
Autonomie	Les partenaires travaillent relativement en vase clos. On porte peu d'attention à la demande de rétroaction et à la coordination des activités en vue d'atteindre le but collectif.	Les partenaires se consultent régulièrement pour planifier les activités, s'informent des horaires de chacun en vue de les harmoniser pour répondre aux buts et activités du partenariat.

Référence #83

Ces quatre dimensions clarifient encore davantage le besoin de stratégies supplémentaires pour structurer les relations entre toutes les parties. Selon la dimension dans laquelle se trouve le partenaire et selon son importance sur les buts à long terme qui ont été fixés, le facilitateur travaillera avec d'autres pour bâtir les structures nécessaires au soutien du partenariat choisi.

La gestion du rôle de facilitateur

La facilitation contribue à la prise en charge, elle implique la communauté dans le processus de changement tout en identifiant les éléments nécessaires au développement des capacités. Le facilitateur doit pouvoir évaluer la réceptivité des gens pour apprendre et modifier adéquatement leurs réactions. Il doit comprendre les processus qui aident à forger des équipes et des partenariats solides. Pour aider efficacement individus et communautés le facilitateur doit aussi comprendre le contexte de la communauté et les besoins des individus et des groupes qui y vivent. Cette compréhension aide à faciliter une implication accrue de la communauté tout en garantissant que le développement va dans le bon sens et répond véritablement à ses besoins.

Le rôle de facilitation est de chercher à améliorer la capacité de réfléchir et d'agir, en créant, pour tous ceux qui sont impliqués dans le processus, des opportunités d'accroître leur prise de conscience et de se développer au niveau personnel.⁸⁴

La facilitation a un rôle à jouer pour aider les communautés qui veulent développer leurs capacités; que ce soit par un rôle de facilitation ou en développant les compétences des intervenants pour qu'ils jouent eux-mêmes ce rôle, celle-ci a sa place dans le travail

communautaire. Quelle que soit la forme du processus de facilitation, il relève de la communauté, des compétences de l'intervenant et de la disposition des ressources qui peuvent aider la prise en charge locale.

La clé est de répondre à un besoin en augmentant les capacités internes pour soutenir l'élan de changement. Au moment de choisir un/des facilitateur(s), la communauté doit bien comprendre l'importance de la viabilité à long terme et la nécessité de développer les capacités sans quoi elles créent un besoin d'assistance continu qui limite le développement des capacités chez les autres et mine la viabilité.

Le facilitateur doit donc garder un équilibre délicat entre action et orientation. Au début, il faut un peu d'action (mener des réunions, par exemple) pour entamer le processus, ce qui permet également d'observer et d'adapter les rôles. Cette étape est souvent nécessaire pour assurer le développement des compétences et engendrer des sessions éducatives et des sessions conjointes de planification fréquentes. Cependant, le facilitateur ne doit pas s'attarder trop longtemps à assumer le rôle de « faiseur », il doit plutôt mettre l'accent sur l'orientation et l'aide aux leaders du groupe au moment où ils prennent des rôles importants pour le développement des capacités requises pour avancer, avec ou sans facilitateur. L'objectif à long terme du facilitateur est toujours de travailler à céder sa place en développant des compétences viables chez d'autres.

Ressources de facilitation



Making Public Policy Healthy (TN&L) : Développé par TN&L Heart Health-Making Public Policy Healthy, examine et questionne la manière d'influencer les décideurs, par le biais de l'action communautaire, pour qu'ils adoptent des politiques publiques dans le domaine de la santé. Que ce soit du sommet à la base (gouvernements) ou de la base au sommet (communautés/citoyens) le facilitateur joue un rôle pour entamer le développement de politiques publiques. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Community Collaborative Process (CB) : La coalition communautaire Northern Health (NH) se concentre sur la prise en charge par l'équipe locale multidisciplinaire des changements pratiques dans les soins médicaux et dans le système plus large des soins de santé primaires. Son but est de combler une lacune dans les soins et d'atteindre des objectifs d'amélioration des soins de qualité et des résultats de meilleure santé. Contacter : Debbie.lewis@northernhealth.ca, Northern Health.



Engaging Community as a Member of the Team (TN&L) : Durant l'été 1997 le Green Bay Community Development Project a été mis sur pied pour trouver des moyens d'améliorer les stratégies communautaires. Le but était de bâtir des relations, de suivre le processus, les résultats et de préciser les besoins de la communauté en se basant sur des programmes performants déjà en place. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



 **Building Community Capacity** (CB) : La région Mackenzie a engagé un facilitateur pour travailler avec les intervenants et la communauté pour améliorer la livraison de programmes éducatifs sur le diabète par un groupe d'acteurs et de ressources communautaires plutôt que par le biais d'un bureau central sur le diabète. Contacter : Debbie.lewis@northernhealth.ca, Northern Health.

 **Building Caring Communities - A Community Workbook** (SK) : Ce processus permet à la communauté d'identifier un ou plusieurs déterminants de la santé jugés prioritaires et ensuite de planifier des activités pour renforcer la communauté et développer un ou plusieurs de ces déterminants. Un aspect central de ce processus est d'encourager la participation communautaire en faisant tout particulièrement attention à la formation des leaders de la communauté et à former des individus pour qu'ils facilitent tous les aspects du projet communautaire. Pour information, visiter : www.health.gov.sk.ca/mc_dp_bcc_com_wkbk.pdf

 **Hearts@Work** (CB) : Cette série d'outils pour dépister les cas à risque de maladies cardiaques est une initiative communautaire de développement des capacités, basée sur les preuves scientifiques et qui repose sur un processus de formation du formateur. Actuellement le programme est en place dans 250 communautés de CB. Contacter : jresin@healthyheart.bc.ca, Healthy Heart Society.

 **Building Community Relationships** (TN&L, pour le compte de l'initiative Atlantique BAM) : Ce module de formation comprend des manuels pour le participant et le facilitateur dont le contenu couvre les thèmes suivants : Identification de nouvelles ressources et nouveaux supports communautaires, pratiques d'orientation, nature et niveaux de partenariats, possibilités de nouveaux partenaires et stratégies pour y arriver, facteurs critiques pour la réussite d'un partenariat et l'évaluation de son efficacité. Contacter : merv@gov.ns.ca, NS Department of Health.

 **Community^{PLUS}** (SK) : School^{PLUS} et les soins de santé primaires ont des buts, des principes et des défis communs. Un partenariat a donc été établi dans une région et a permis la fusion des deux initiatives en une seule pour former Community plus. Son objectif global est de faire en sorte que les communautés soient en meilleure santé et aussi d'aider les enfants, les jeunes et leurs familles à continuer leur apprentissage et à préserver leur bien-être. Pour plus de renseignements, contacter le Five Hills Health Region ou visiter : SchoolPLUS@sasked.gov.sk.ca and www.health.gov.sk.ca/ps_phs_services_over.html



Guide to Community Funding Partnerships and Program/Service

Integration (ON) : Cette ressource est utile aux équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires à trouver des sources de financement au niveau local, des partenaires communautaires et des services susceptibles d'aider les équipes de santé familiale à offrir à leurs patients des soins complets. Visiter : http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_community_funding2.pdf



Community Advisory Committee or CAC (TN&L) : Dans le cadre du processus de changement des soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador, chacun des huit projets provinciaux ont mis sur pied un CAC pour promouvoir et aider l'engagement communautaire dans la santé. Les membres des CAC représentent des partenariats provenant d'une variété de communautés, de groupes ou d'agences et jouent un rôle pour identifier les besoins, les approches et les ressources appropriées et disponibles. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Healthy Eating Habits Initiative (MB) : Cette initiative communautaire s'attache à augmenter la prise de conscience de l'impact des habitudes alimentaires sur la santé. Le coordonnateur a élaboré et présenté des programmes basés sur les contributions de la communauté. Contacter : mgray@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.



Circle of Health : Health Promotion Framework (TN&L) : Prince Edward Island Health et la Community Services Agency a développé ce cadre de travail en 1996.



Il sert à aider les prestataires de soins de santé dans les sites visés à établir une compréhension commune de la promotion de la santé et à les outiller pour guider la planification stratégique de la promotion de la santé. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Facilitation Skills Training (MB) : Les coordonnateurs de promotion de la santé au niveau régional ont développé une formation du personnel par des discussions facilitées pour servir aux groupes communautaires. Le personnel formé, qui dispose alors de compétences accrues en animation de discussion, aide à identifier les problèmes de la communauté et les solutions pour promouvoir la santé dans le développement communautaire et la planification de programmes. Contacter : cosborne@prha.mb.ca, Parkland Regional Health Authority.



Community Capacity Building Tool (TN&L) : Cet outil, adapté d'un instrument de Santé Canada par le Office of Primary Health Care and Wellness Division, a pour



but d'aider les projets en soins de santé primaires à développer les capacités dans le domaine du travail de promotion de la santé. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

Chapitre 7

Colleen Rand, Eileen Vilis,
Noreen Dort, Heather White

La prévention et le traitement des maladies chroniques



Comme dans tous les autres secteurs évoqués dans ce guide, la prévention et le traitement des maladies chroniques est un secteur où les processus de facilitation peuvent faire la différence. La facilitation peut garantir l'utilisation des preuves scientifiques, une élaboration harmonieuse de l'équipe et une large collaboration. À mesure que la facilitation définit et communique les différentes attentes qui existent pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, prestataires et clients doivent modifier leur comportement.

Dans ce secteur de pratique, la facilitation appuie une nouvelle approche de la prévention et de la gestion des maladies chroniques basée sur les lignes directrices de pratique clinique requises. Les nouveaux processus et outils qui en découlent mettent l'accent sur la prévention primaire et secondaire, ils insistent aussi sur l'amélioration de l'auto-gestion du patient et sur l'échange interprofessionnel entre les prestataires.

Ce chapitre offre tout d'abord au lecteur quelques réflexions sur la définition de la prévention et le traitement des maladies chroniques et sur la transition qui s'impose pour améliorer l'importance accordée à la prévention dans ce domaine de pratique. Suit une discussion sur les lacunes dans les soins et sur l'importance de changer les divers modèles de pratiques cliniques. Les éléments du Chronic Care Model, actuellement utilisé en Colombie-Britannique, aident à mieux saisir la discussion sur le rôle du facilitateur dans la prévention et le traitement des maladies chroniques.

De plus, le chapitre sept explore les secteurs émergents de la santé et les opportunités et défis qui existent dans le remodelage de l'approche sur les soins de santé. Ce chapitre illustre bien le travail du facilitateur pour trouver un chemin commun à tous ceux qui sont impliqués dans un nouveau modèle de soins. Le facilitateur atteint son but en travaillant avec des équipes d'intervenants, de groupes intersectoriels et d'environnements organisationnels qui ne sont peut-être pas encore sensibilisés à cette nouvelle approche.

La définition de la prévention et du traitement des maladies chroniques

La prévention et le traitement des maladies chroniques est un processus de gestion clinique des soins, il s'étend sur l'ensemble des soins, de la prévention primaire jusqu'à la phase d'entretien de longue durée, des patients affectés par une maladie ou par un état de santé chronique. Cette approche identifie l'individu souffrant d'une maladie chronique, évalue son état de santé, élabore un programme de soins et recueille des données pour évaluer l'efficacité de ce processus. L'emphase est mise sur des interventions pro actives y compris un traitement et de l'éducation, ce qui permet à l'individu atteint d'une maladie chronique de conserver des fonctions optimales tout en gardant les dépenses en santé aussi basses que possible et en offrant les résultats les meilleurs.



Le guide utilise le terme de traitement des maladies chroniques, mais il n'y a pas de consensus clair pour décrire cette nouvelle emphase. Pour certains, l'utilisation du mot « chronique » est problématique, pour d'autres, le mot « traitement » devrait être remplacé par « prévention ». Ce guide n'offre pas de solution à ce débat langagier sur l'articulation du travail. Le guide reconnaît la polémique mais il utilise le terme « traitement des maladies chroniques » pour fins de discussion.

L'approche de traitement des maladies chroniques insiste sur l'incitation à la prévention de la maladie et le maintien d'une bonne santé. La promotion sur le long terme de diagnostics et de planification de traitement précis réussiront à :

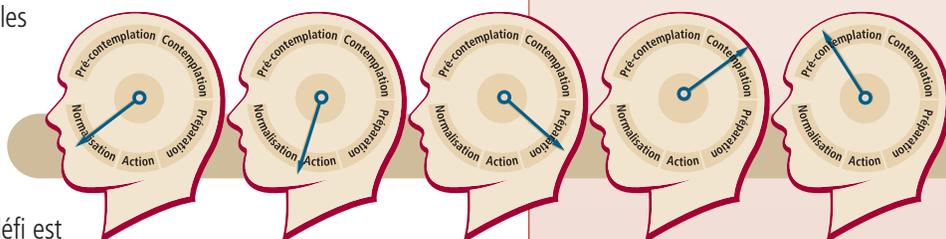
- Optimiser l'efficacité des interventions cliniques;
- Éliminer les soins et les interventions inefficaces et inutiles; et,
- Réduire le doublement de l'effort et de l'activité.

L'idée et la pratique d'améliorer constamment les résultats du processus de prestation de services guident cette approche. L'intention est d'utiliser uniquement les tests diagnostics et les besoins les plus économiques tout en augmentant l'efficacité des prestations de services de santé, conformément aux standards appropriés de qualité. Comme dans tous les autres secteurs des Soins de Santé Primaires, l'emphase est sur la planification basée sur les preuves scientifiques

Prendre le virage

On dit souvent que les maladies chroniques sont les principaux responsables de l'augmentation des dépenses du système de santé actuel et des inquiétudes sur sa viabilité à long terme.¹⁴

Pour répondre aux maladies chroniques dans un système qui n'est pas établi pour y faire face, le défi est de savoir réorganiser le système de soins et de prestation de services et il est impératif de le faire pour pouvoir effectuer un virage dans le paradigme des prestations de services. Selon Rauscher (2003), quatre types d'interventions permettent d'effectuer ce virage :



1. Mettre l'emphasis sur la santé de la population en développant des programmes et des services qui répondent aux plus larges déterminants de la santé;
2. Insister sur la prévention en s'attaquant aux facteurs de risque connus qui contribuent au développement de la maladie;
3. Améliorer les efforts pour gérer la maladie efficacement pour en limiter la progression; et,
4. Répondre aux cas aigus quand ils se produisent et intervenir en conséquence.

Rauscher explique que le système canadien a mis l'emphasis jusqu'à présent sur les deux dernières interventions et prévient que :

« ... une fois passés les cas médicaux aigus, il est important de s'assurer que nous ne nous contentons pas seulement de « gérer la maladie » ou même de traiter les facteurs de risque sans nous attaquer aux plus vastes déterminants de la santé : c'est là le véritable paradigme de changement dans la santé et dans la gestion des maladies chroniques »¹⁴

Tableau 8 : Maladies chroniques et soins de santé actuels

La maladie chronique est :	La prestation des soins de santé est
Multidimensionnelle	Unidimensionnelle
Interdépendante	Segmentée
Continue	Épisodique
Invalidante	Axée sur la maladie
Personnel	Institutionnelle

Référence #14

Suivant le même raisonnement, le tableau 8 établit la différence entre les caractéristiques de la maladie chronique et le système actuel de livraison des soins de santé,¹⁵ une comparaison qui met en lumière le besoin d'un renouvellement total du système pour prévenir, traiter et aider les personnes souffrant de maladies chroniques de manière efficace.

Ce nouveau paradigme de livraison de service nécessite un support éducatif pour les fournisseurs de service et les personnes atteintes de maladies chroniques, mais il peut aussi bénéficier du support additionnel que peut contribuer la facilitation dans la concrétisation d'un changement systémique de cette ampleur.

Les lacunes du système de livraison des soins

Il existe toute une panoplie de modèles/façons d'essayer de gérer les complexités entourant les personnes souffrant de maladies chroniques. Ces patients souffrent de co-morbidité ce qui complique d'autant leurs soins. Pour répondre au défi que représentent les soins complexes exigés par les personnes qui souffrent de maladies chroniques (et par leur famille), il faut changer fondamentalement l'approche pour intégrer les soins chroniques dans le système de soins primaires.

Il existe de multiples lignes directrices pour une variété de conditions chroniques, ce qui peut créer la confusion pour les équipes. La structure de rémunération complique encore davantage tout changement systémique dans la gestion des maladies chroniques. En effet, le système ne prévoit pas de rémunération pour le temps passé à explorer en détails les problèmes du patient, ses objectifs et les motivations qui peuvent avoir un impact sur son traitement médical ou sur la coordination des ressources paramédicales à la fois internes et externes.

La gestion des soins chroniques d'une manière organisée et systémique dans un système de santé basé sur les soins aigus risque de s'avérer difficile mais il y a bien des preuves qu'un changement de système s'impose. Ces preuves indiquent clairement comment venir en aide

Méthodes d'implantation

Il y a de plus en plus d'exemples de virages réussis dans ce nouveau paradigme de la gestion des soins pour maladies chroniques et plusieurs ont bénéficié de processus de facilitation. La Colombie-Britannique a ouvert la voie au Canada en effectuant ce virage avec un processus collaboratif dans la gestion des soins pour maladies chroniques - un processus qui repose sur une approche en équipe dans le domaine de l'intervention précoce et de la prévention. Ce modèle est ancré dans le cycle d'amélioration « Plan, Exécution. Étude. Action » appuyé par plusieurs niveaux de processus collaboratifs et par des programmes éducatifs. Terre-Neuve-et-Labrador et la Saskatchewan ont suivi le pas en élaborant des processus similaires. L'approche de Terre-Neuve-et-Labrador repose sur l'utilisation d'appuis de facilitation. L'Université d'Ottawa inclut la gestion des soins pour maladies chroniques (CICM - La Surveillance des Maladies Chroniques) dans sa recherche de facilitation d'extension et le Manitoba s'est également lancé dans des activités qui encouragent le virage de paradigme.

aux maladies chroniques dans les soins de santé primaires, pourtant le changement tarde à venir. Dans un tel contexte la facilitation peut servir de processus pour avancer sur le chemin d'un changement éventuellement intégré.

Changer les modèles de pratique clinique

Pour soutenir les changements dans la gestion des soins pour maladies chroniques, il faut remplacer les modèles de pratique clinique qui ancrent l'approche actuelle par des modèles renforcés qui mènent le système vers le nouveau paradigme. L'Université d'Ottawa a axé son travail sur la modification des modèles de pratique clinique en utilisant une approche systémique structurée mais adaptée qui permet de coordonner les soins donnés aux patients en utilisant le plan de soins CICM. Les cinq composantes de ce plan sont :

1. Révision de la médication
2. Éducation et autogestion de la santé;
3. Intégration communautaire/Support social;
4. Évaluation psychologique / Évaluation sociale; et,
5. Dépistage de prévention

Une première rencontre avec le patient permet au praticien et au client de commencer à considérer les options de soins, de concilier, durant une période de rencontres, les objectifs du patient et la réalité médicale. On encourage le patient à jouer un rôle actif dans la planification de ses soins, une approche qui offre une chance d'intégrer, de revoir et de suivre l'implication d'autres ressources communautaires ou sanitaires dans les soins du patient. Dans l'approche de l'Université d'Ottawa, ce changement d'approche s'appuie sur un facilitateur qui guide l'équipe dans les changements de pratique qu'elle doit effectuer.

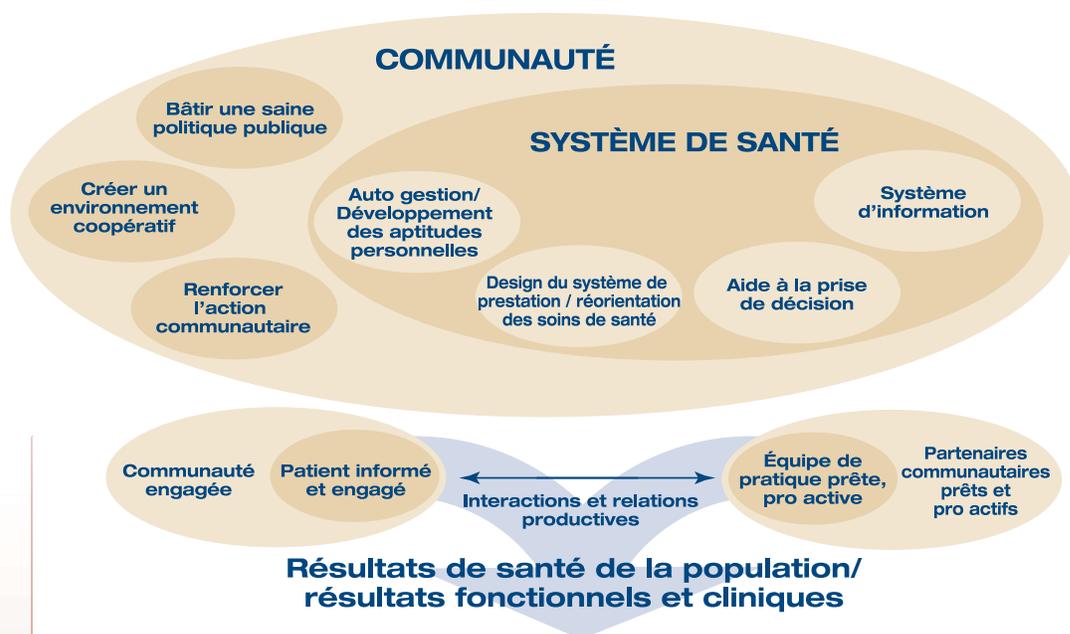
Le modèle étendu de soins chroniques de Colombie-Britannique

Le modèle étendu ci-dessous (adapté de Wagner et al⁸⁵) identifie les principaux éléments d'un système qui tend à une gestion améliorée des soins chroniques : la communauté, le système de santé, l'aide à l'auto gestion, le design de système de prestations de soins, l'aide à la prise de décision et les systèmes d'information clinique. Ce cadre peut être adapté en

fonction des maladies chroniques, des environnements de soins et des populations visées pour atteindre le but qui est : de meilleurs résultats de santé, des patients en meilleure santé, prestataires plus satisfaits et moins de dépenses pour le système de soins de santé.

L'adaptation suivante du modèle Wagner⁸⁶ nous vient de la Colombie-Britannique. Il insiste sur le rôle de la communauté et intègre la promotion de la santé et la prévention des maladies.

**Diagramme 6 : Résultats de santé de la population/résultats fonctionnels et cliniques
Le modèle étendu de soins chroniques de Colombie-Britannique⁸⁷**



Créé par : Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Usdark III, Anita Dotts & Darlene Revenadale (2002) Adapté de Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association, (1986), Ottawa Charter of Health Promotion.

Dernière révision : 21 juillet, 2005

Éléments-clés de ce modèle

Cette section aborde les diverses composantes de ce modèle et le rôle du facilitateur dans ce virage.

Organisation du système de soins de santé : Ce concept couvre l'engagement nécessaire des autorités pour réussir la mise en oeuvre de la prévention et du traitement des maladies chroniques au niveau systémique. Ceci s'effectue par le biais de :

- Un appui de la stratégie de traitement des maladies chroniques à tous les niveaux, y compris les autorités supérieures et les preneurs de décisions;
- Une amélioration des stratégies destinées à changer ou à concevoir le système;
- Un traitement ouvert et systématique des erreurs et des problèmes de qualités dans l'amélioration des soins;
- Des ententes pour aider la coordination des soins au sein des organisations ainsi qu'entre elles; et,
- Des mesures incitatives selon la qualité des soins.

Ressources communautaires : La mobilisation des ressources communautaires est un élément important pour aider ou étendre les soins de santé d'un malade souffrant d'une maladie chronique. La clé est d'encourager :

- La participation du client/patient dans des programmes communautaires (exercice, club senior, groupes d'entraide);
- Des partenariats avec des organismes communautaires pour aider et élaborer des interventions pour combler le manque de services nécessaires; et,
- La recommandation de politiques susceptibles d'améliorer les soins donnés au patient.

Auto-gestion : Le rôle du client/patient est crucial dans le maintien de sa santé et comprend les éléments suivants

- Le patient joue un rôle-clé dans la gestion de sa santé;
- Des stratégies d'appui à l'auto-gestion comprenant l'évaluation, la détermination d'objectifs, l'établissement d'un plan d'action, la résolution de problèmes et le suivi; et,
- L'établissement de contact avec les ressources communautaires susceptibles d'offrir de l'aide.

Concept d'un système de prestation des soins : L'examen des systèmes de soins a pour but d'aider les praticiens à :

- Définir les rôles et répartir les tâches des membres de l'équipe;
- Utiliser des interactions planifiées pour aider les soins basés sur les preuves scientifiques;
- Offrir des services de gestion des cas cliniques pour les clients/patients complexes;
- Garantir un suivi régulier par l'équipe de soins; et,
- Choisir des soins que le patient peut comprendre et qui respectent sa culture.

Aide à la prise de décision : Aider à prendre des décisions c'est encourager le choix de soins cliniques qui correspondent à la preuve scientifique et qui aident le patient à comprendre sa maladie ou condition. Ceci comprend

- L'intégration des pratiques basées sur les preuves scientifiques dans la pratique clinique courante;
- Le partage de l'information basée sur les preuves scientifiques avec le client/patient pour encourager sa participation;
- L'utilisation de méthodes d'enseignement par l'intervenant; et,
- L'intégration de l'expertise d'un spécialiste supplémentaire et des soins de santé primaires dans les soins offerts au patient.

Systèmes d'information clinique : En créant des systèmes d'information de santé efficaces et fiables on s'assure que les données sur le patient et sur la population sont complètes et exactes. Ceci permet :

- Des rappels ponctuels pour les intervenants et le client/patient sur des préoccupations ou des rencontres prévues;
- D'identifier les sous-populations qui doivent recevoir des soins plus intenses;
- De faciliter la planification de soins individuels pour le patient;
- De partager l'information avec le patient et l'intervenant pour coordonner les soins; et,
- De suivre la performance de l'équipe de soins de santé et du système.

La gestion du rôle de facilitateur

Il est clair que, dans ce domaine de pratique, la question est de clairement définir le rôle du facilitateur et de s'assurer qu'on lui associe suffisamment de temps et de ressources pour faciliter le changement dans divers secteurs de l'organisation de santé.

Son rôle est d'offrir aux nombreux intervenants des opportunités de participation au processus de changement. Pour aider la réorientation du système vers un modèle basé sur l'équipe, il peut encourager les prestataires à effectuer les changements qui leur permettent d'améliorer les soins donnés au patient. Pour aider les intervenants à faciliter l'auto-gestion du client/patient, le facilitateur devra s'assurer que celui-ci dispose de suffisamment de supports éducatifs en encourageant la responsabilité des intervenants plutôt que d'agir en leur nom.

L'élan est maintenu par des activités qui reposent sur les preuves scientifiques, un élément crucial pour une ré-orientation valable. Il est essentiel également que le facilitateur dans le domaine du traitement des maladies chroniques comprenne la preuve et les méthodes de collecte des preuves qui appuient les changements entamés

La ré-orientation qui émane du modèle étendu de la surveillance des maladies chroniques est à la fois stimulante et compliquée et, comme dans tous les processus de changement, la présence d'une ressource spécialisée, comme celle d'un facilitateur dont le rôle est d'appuyer ce changement, ne sera que bénéfique. Il est important de considérer, cependant, que ce changement dans la manière de penser est encore assez nouveau et que s'il s'est avéré efficace dans de nombreux domaines et commence à disposer de preuves à l'appui, il ne repose pas encore sur de solides bases de preuves; il est donc important de continuer à recueillir des données sur le changement et l'activité facilités afin de fournir les preuves pour asseoir ce travail.

Ressources de facilitation



Chronic Illness Care Management (CICM) (ON) : L'approche de la gestion des maladies chroniques est une évaluation des besoins de soins du patient complète,



planifiée et évaluée qui permet d'organiser la prestation de soins à des patients complexes souffrant de multiples maladies chroniques. Elle représente une approche partagée des soins entre le médecin de soins de santé primaires et le patient par le biais d'un plan de soins qui comprend cinq composantes majeures (révision de la médication, auto-gestion, intégration communautaire, évaluation psychologique et prévention).

Contacteur : facilitation@scohs.on.ca or jschultz@uottawa.ca, University of Ottawa.



Regional Diabetes Program Framework (MB) : Ce document définit les attentes provinciales pour un programme régional de diabète. Son but est d'augmenter la prise de conscience et la compréhension de la nécessité d'intégrer les systèmes pour mettre en oeuvre les approches de santé publiques reliées au diabète et d'aider le développement de plans spécifiques du RHA pour répondre aux besoins des régions.

Contacteur : KrAnderson@gov.mb.ca, Manitoba Health.





Risk Factor and Complication Assessment Train-the-Trainer Program (TN&L) :

Ce programme donne des renseignements sur la connaissance et les compétences requises pour évaluer le risque de développer le diabète de type 2, la présence du diabète de type 2, le risque de développer des complications à long terme et la présence de complications à long terme. Contacter : KrAnderson@gov.mb.ca, Manitoba Health.



Provincial Diabetes Collaborative (TN&L) : En utilisant les lignes directrices de pratique clinique de l'Association Canadienne du diabète pour la prévention et le



traitement du diabète (2003), le collaboratif de Terre-Neuve-et-Labrador a structuré des processus systémiques pour atteindre son objectif d'améliorer la prestation de soins



d'équipe dans les cas de gestion des maladies chroniques. Une variété de processus



et d'outils ont été établis suivant le modèle étendu de maladies chroniques. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Children's Therapy Initiative (MB) : Cette initiative a été proposée par Child Health



Manitoba pour offrir des services de thérapie coordonnés et régionaux pour aider les

enfants à atteindre leur plein potentiel. Pour combler les lacunes dans les processus

d'orientation et d'évaluation, un outil universel d'orientation a été développé selon le

principe qui veut que toute porte d'entrée dans le système soit la bonne. Contacter :

espencer@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.



Getting a Grip on Arthritis (SK) : Cette approche communautaire et multidisciplinaire

pour traiter l'arthrite vise à augmenter la capacité des intervenants des soins de santé

primaires, des communautés et des individus qui souffrent d'arthrite à gérer le fardeau

de la maladie. Cette approche vise également à améliorer la prévention, le dépistage

précoce, les soins complets au niveau local et un accès plus approprié et plus rapide aux

soins spécialisés et à des stratégies d'autogestion. Visiter : www.arthritis.ca



Guide to Chronic Management (ON) : Cette ressource est utile aux équipes

interdisciplinaires des soins de santé primaires pour planifier le traitement des

maladies chroniques et des programmes de prévention pour leurs patients. Visiter :

http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_chronic_disease.pdf



CDM Collaborative (CB) : Le comité directeur de CDM Collaborative s'est rencontré à



plusieurs reprises pour élaborer une charte de collaboration. Des objectifs d'amélioration



ont été identifiés et ajoutés à la charte. Une trousse de changement a été élaborée pour

des cycles « Plan-Exécution-Étude-Action ». Des équipes de collaboration ont participé à



trois sessions d'apprentissage et à la conférence de clôture. Pour soutenir les médecins

généralistes à participer, ils ont bénéficié d'un financement par session de formation, ce

qui leur a permis de s'investir dans le processus. . Entre les sessions, les équipes étaient

supportées via des conférences téléphoniques et services par courriel. Pour plus de

renseignements : <http://www.heartbc.ca/pro/collaboratives/collaboratives.htm>

http://www.healthservices.gov.bc.ca/cdm/practitioners/structured_collaboratives.pdf

Chapitre 8

Heather White

Les équipes



Un des principes de la réforme des soins de santé primaires est l'importance et le besoin d'équipes multidisciplinaires et intersectorielles. Ce consensus croissant, a créé l'idée qu'en renforçant la pratique en équipe des soins de santé primaires on bâtit des capacités locales durables pour permettre une livraison efficace des soins de santé. Malgré l'importance de ce consensus, il s'agit d'un domaine où les politiques publiques sont en avance sur la recherche. Dans bien des cas, le travail en équipe multidisciplinaire améliore la qualité des soins.

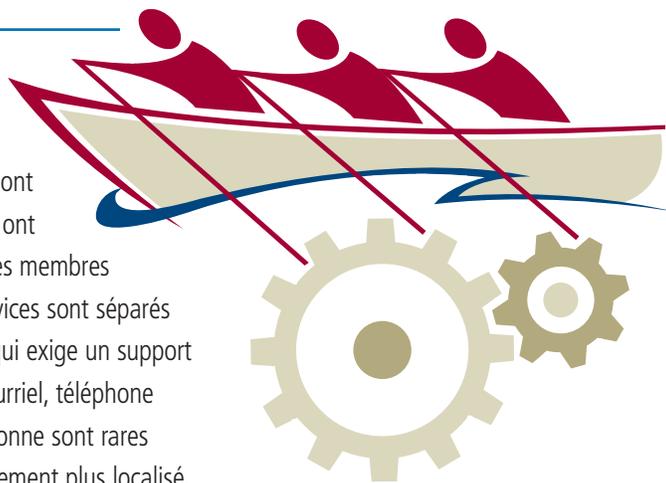
S'il existe peu de preuves dans les publications scientifiques médicales ou reliées au domaine de la santé pour valider l'efficacité supérieure du travail d'équipe, les publications d'affaires et celles reliées aux politiques nous la laisse entrevoir.^{18, 88, 19} Katzenback & Smith (1994) notent qu'au sein de grandes organisations les équipes surpassent les individus agissant seuls lorsque la performance repose sur des compétences multiples, le jugement et l'expérience. Il est donc important à l'heure actuelle d'évaluer, dans le temps, l'efficacité de la livraison des services de santé en équipes.

Partout au Canada et surtout en milieu rural le travail d'équipe dans les soins de santé primaires est né de la nécessité. Bien des processus de renouvellement des soins de santé primaires ont examiné de près l'approche en équipe pour trouver des moyens de développer et des soutenir des équipes en soins de santé primaires. Le travail d'équipe se divise en deux catégories - le travail de l'équipe en termes de résultats et en termes de processus de développement de l'équipe. Le facilitateur peut être appelé à identifier et à aider les résultats de l'équipe (son travail) mais, dans ce chapitre, nous nous concentrons sur comment permettre le développement d'une pratique de soins de santé primaires basé sur le travail d'équipe.

Ce chapitre présente un cadre qui permet d'identifier les caractéristiques propres aux équipes performantes. Il débute avec un regard sur les variations propres au développement des équipes et explore les éléments de base des équipes de soins de santé primaires. Vient ensuite une discussion sur les stades de développement d'une équipe. La section finale explore le rôle du facilitateur dans la gestion des conflits et offre de l'information sur des ressources pertinentes en facilitation.

Les différentes variétés d'équipes

Le contexte des soins de santé primaires dans lequel opère une équipe (y compris son emplacement géographique, sa culture, sa population et sa situation urbaine ou rurale) influence souvent sa composition et détermine les supports nécessaires à son fonctionnement optimal. Certaines équipes sont composées de médecins et d'infirmiers ou infirmières praticiennes, d'autres ont une composition plus large et incluent divers intervenants, parfois même des membres de la communauté. Dans bien des milieux ruraux où les prestataires de services sont séparés géographiquement, les équipes doivent se créer une existence virtuelle ce qui exige un support technologique crucial pour travailler et communiquer de façon efficace : courriel, téléphone cellulaire, télé et vidéo-conférence. Pour ces équipes, les rencontres en personne sont rares mais durent plus longtemps que pour les équipes situées dans un environnement plus localisé.



Peu importe sa forme originale, une équipe se modifie selon les changements de rôles, de personnes et d'organismes et il est important qu'une équipe réagisse aux changements qui se produisent. Souvent, les équipes choisissent un groupe central (Saskatchewan) ou un groupe central plus un réseau étendu (Terre-Neuve-et-Labrador) pour répondre aux niveaux d'engagement de leurs membres, à leur rôle et à leur disponibilité. Une équipe doit également permettre les fluctuations normales de ses membres. Cette situation pose des problèmes de cohésion au sein du groupe mais les membres de l'équipe doivent résister à la tentation d'oublier l'approche collective pour se concentrer plutôt sur les résultats. C'est la force du processus de travail en équipe qui influence sa durabilité.

Les éléments de base d'une équipe

Pour examiner la dynamique des soins basés sur le travail d'équipe, il est utile de commencer par rappeler la définition d'une équipe selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2985) :

« Un groupe de personnes qui partagent un même but et des objectifs communs déterminés par les besoins de la communauté, auxquels chaque membre de l'équipe contribue, d'une manière coordonnée, selon ses compétences et ses capacités et dans le respect des fonctions des autres »¹²

Les membres d'une équipe de Soins de Santé Primaires partagent des buts qui reposent sur les forces de la communauté et sur les opportunités de changement. Ces buts communs sont atteints lorsque les intervenants de milieux divers offrent leur expertise à cette pratique interdisciplinaire émergente.

Les membres de l'équipe de soins de santé primaires travaillent ensemble à coordonner la prestation de services en gardant à l'esprit le patient/client lui-même, ils appliquent leur savoir et leurs compétences à chaque individu pour assurer qu'il ait toutes les chances d'améliorer sa santé et son bien-être. Une collaboration entre l'équipe et des partenaires intersectoriels met encore davantage en oeuvre le concept de santé de la population.



Peu importe où se trouve l'équipe, il existe une tendance à réunir processus et résultats. Le PEW Health Professions Commission (1995)⁸⁹ dénombre cinq éléments de base pour les équipes de soins de santé qui aident à examiner de plus près le processus du travail d'équipe :

Tableau 9 : Éléments de base à la consolidation d'équipes de soins de santé

Élément	Tâches	Rôle du facilitateur
Buts	Définir la cible de l'équipe avec tous ses membres selon la situation/les besoins de la communauté. Réviser ces buts régulièrement.	Mener les discussions pour définir les cibles. Faire la différence entre les tâches et les buts de l'équipe. Rôle important dans les étapes initiales et dans la transition. Discuter des valeurs et des attentes de l'équipe.
Tâches & rôles	Se concentrer sur les tâches de l'équipe pour définir ses besoins et le chevauchement des compétences/ des rôles. Clarifier les questions de responsabilité et de transparence. Assurer une répartition équitable du travail.	Aider à clarifier les tâches et les rôles. Consacrer assez de temps aux attentes. Gérer les impasses et les conflits quand ils se produisent. Redéfinir les tâches au besoin pour aller de l'avant.
Leadership & prise de décision partagés	Donner des chances de participer. Encourager un partage des responsabilités. Permettre un changement de leadership selon les circonstances. Définir le processus de prise de décisions et leurs limites. Prendre si possible les décisions par consensus.	Encourager des prises de décisions équilibrées. Inclure tous les membres dans le processus. Encourager les membres à prendre des rôles de responsabilité. Reconnaître que les inégalités de pouvoir peuvent limiter les discussions nécessaires.
Communication	Parler des besoins de communication. Identifier les barrières à la communication. Élaborer un processus de documentation. Élaborer une charte de l'équipe/cadre de référence.	Assurer la tenue de réunions productives. Évaluer et revoir le processus de communication. Éliminer les obstacles à la communication. Bâtir des relations interpersonnelles saines au sein de l'équipe.
Résolution de conflits	Définir un processus de résolution clair. Développer des capacités à résoudre les conflits. Encourager la résolution des conflits. Créer un environnement sécuritaire pour l'expression des problématiques.	Aider à résoudre les conflits. Faciliter le développement des compétences requises. Guider les membres pour qu'ils partagent leurs préoccupations. Encourager des échanges respectueux.

Référence #89

Les étapes de développement d'une équipe

Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de comprendre les diverses étapes de l'évolution d'une équipe^{89,90} et bien que les étapes identifiées et l'ordre dans lequel elles sont présentées puissent varier, on s'entend sur le concept d'étapes dans une équipe. Nous allons explorer la dynamique de ces étapes telles qu'elles sont décrites dans Health Care Teamwork de Drinka & Clarke (2000),⁹⁰ à savoir : Formation, Normalisation, Confrontation (certains modèles nomment cette étape « attaque » , Performance et Départ.

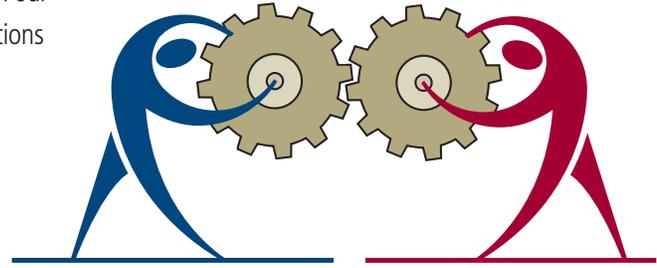
Formation

- Passer d'individu à membre d'une équipe;
- Se familiariser avec les rôles, les compétences et les antécédents de chacun;
- Les relations sont souvent réservées et formelles;
- Les membres tendent à avoir des idées préconçues et stéréotypées sur les autres professionnels; et,
- Il faut une période de questionnement pour établir une équipe collaborative.

Les tâches les plus importantes à cette étape servent à établir des buts clairs en utilisant des processus de participation auxquels tous les membres sont encouragés à prendre part. A cette étape, une partie importante du processus d'apprentissage, alors que de nouveaux membres intègrent l'équipe, est la découverte du champ d'activités des divers intervenants. Pour pouvoir passer avec succès à l'étape suivante il est crucial de développer des relations basées sur le respect mutuel et des buts communs.

Normalisation

- Les membres doivent établir des modèles usuels d'interaction;
- Les individus concilient leurs allégeances professionnelles et les responsabilités de l'équipe;
- Les membres doivent accepter les règles et structures de l'équipe;
- Les membres doivent établir et suivre le fonctionnement quotidien de l'équipe; et,
- Plus les membres commencent à se connaître et plus le groupe gagne en cohésion.



À ce stade, les rôles et les tâches des membres de l'équipe sont établis. Une fois que l'expertise que chacun des membres amène à l'équipe a été établie, on peut déterminer qui va faire quoi.

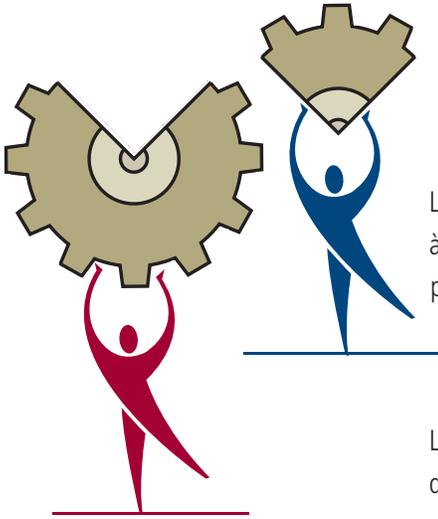
Il est particulièrement utile, à cette étape, d'établir des mécanismes de communication clairs de façon à ce que l'équipe puisse garder le contact.

À ce stade, la nature du leadership a un impact sur la dynamique de l'équipe. Les vrais chefs d'équipe partagent le processus et la prise de décision selon les besoins. Les leaders doivent s'assurer que tous les membres de l'équipe développent leurs propres aptitudes à influencer les prises de décisions.

Confrontation :

- Les membres de l'équipe commencent à entrevoir des problèmes dans leurs rôles et leurs tâches;
- À mesure que des conflits de fonctionnement surgissent, les différences de personnalités peuvent devenir plus apparentes; et,
- Des questions se posent à propos des charges de travail, du leadership de l'équipe, des modèles hiérarchiques et de la formulation des buts de l'équipe.

Une fois qu'une équipe est formée, elle commence lentement à se désintégrer par la remise en question de ses processus établis et de ses attentes. Il est normal et naturel que les membres questionnent l'efficacité de l'équipe et ses buts/résultats; cette situation est saine et prévisible et si elle est facilitée, elle peut renforcer la dynamique de l'équipe. C'est alors que la négociation et des compétences dans le domaine de la résolution de conflits deviennent essentielles pour avoir raison de cette tempête de changement interne. Des méthodes claires pour isoler les opportunités de changement pour les membres de l'équipe peuvent contribuer à créer, selon les besoins, un processus de réévaluation des buts, des tâches et des rôles qui permettent de contribuer au développement de l'équipe.



Performance :

- L'équipe commence à fonctionner harmonieusement;
- Les membres ont une idée claire des buts et des rôles;
- Les membres ont une perception positive de l'identité du groupe; et,
- Les membres établissent de bonnes relations de travail.

Le facilitateur capable de gérer les conflits profite de cet atout durant tout le processus et, à ce stade, le conflit est perçu comme un tremplin vers l'amélioration. La première tempête est passée, mais des défis imprévus ne cessent de se présenter. Des équipes sensibilisées effectuent, au besoin, les ajustements nécessaires et souhaitables au sein de l'équipe mais il faut continuer à encourager des mécanismes efficaces de dialogues et de résolution de conflits.

Le processus de révision des buts et des rôles est dynamique, il découle de recherche constante, de l'évaluation du fonctionnement de l'équipe et des résultats.

Départ :

- Le changement dans la composition de l'équipe exige une évaluation constante des rôles et des responsabilités; et,
- L'équipe doit se donner des périodes de réflexion pour identifier ses forces et les opportunités de changement qui se présentent

L'étape de départ ne fait pas partie de tous les modèles de développement d'une équipe, mais il s'agit d'une réalité au sein de toutes les équipes. Le roulement de membres modifie les compétences de l'équipe, sa charge de travail, sa base de savoir et son leadership et de tels changements entraînent souvent un retour en arrière.

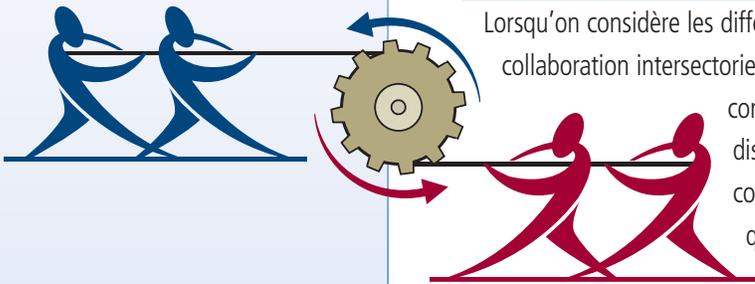
Si le facilitateur et les membres de l'équipe comprennent ces étapes ils peuvent prévoir et gérer les défis qui se présentent au fil de la croissance de l'équipe.

Transformer les conflits

Lorsqu'on considère les différences de compétences et d'antécédents et la complexité de la collaboration intersectorielle, il n'est pas surprenant que la mésentente s'installe et ce conflit est nécessaire et désirable. La clé pour bien le gérer est de disposer de processus clairs pour résoudre ou négocier à la fois les conflits de l'équipe et les conflits individuels. Le but est d'empêcher que les conflits deviennent un élément destructeur dans le milieu de travail.

Le facilitateur répond aux conflits naissants en gardant à l'esprit quelques objectifs :

- Empêcher les conflits inutiles et encourager les discussions qui s'imposent;
- Résoudre les conflits naissants de façon constructive;
- Encourager le développement de capacités de résolution de conflits; et,
- Guider l'équipe tout au long du chemin qui mène à la résolution de ces conflits.



Ce sont ces principes qui guident le travail du facilitateur, tout comme la connaissance qu'offre le PEW Commission⁸⁹ en soulignant les défis des conflits, propres à l'environnement de la santé et que l'on peut qualifier ainsi :

- Un sens idéalisé de convivialité qui entrave un dialogue ouvert et nécessaire;
- Une obéissance professionnelle à l'autorité qui limite l'engagement des membres et renforce les relations hiérarchiques;
- La tendance à faire front commun en tant que profession lorsqu'une mésentente se présente qui gêne la cohésion de l'équipe;
- Des différences de personnalités qui ont un impact négatif sur les processus et résultats de l'équipe;
- Le manque de compréhension des rôles, des compétences, des responsabilités et obligations de rendre compte aux autres membres de l'équipe; et,
- L'absence de limites négociées et claires entre les membres de l'équipe et leurs rôles.

Ces défis peuvent avoir un effet considérable sur l'équipe et il est important d'en être conscient. Il s'agit là d'une réaction normale des équipes qui passent d'une approche descendante de livraison des soins à une approche de travail collaboratif. Une tierce partie neutre peut grandement simplifier le défi de passer d'une organisation verticale ancrée dans la hiérarchie traditionnelle à une structure horizontale.

Un facilitateur, surtout s'il est externe, qui dispose de compétences bien développées dans le domaine de la résolution de conflits, est plus à même de faire face à ces problèmes. Il peut aider l'équipe à créer des habitudes qui l'aide à fonctionner efficacement. Un facilitateur qualifié peut encourager l'intégration d'approches différentes susceptibles d'améliorer l'efficacité de l'équipe et la communication. Pour assurer la viabilité de ces nouveaux comportements, il peut également contribuer à éliminer les vieilles habitudes improductives qui peuvent parfois rester cachées. Ces habitudes, non-contrôlées, pourraient créer, à l'avenir, des conflits destructeurs au sein de l'équipe.

Faire face au travail d'équipe

Souvent la facilitation des processus d'équipe signifie qu'il faut réorienter les défis et les opportunités de changement et tracer une voie proactive vers le développement de l'équipe.

Les discussions qui suivent résument les opportunités de changement rencontrées par le Teams Working Groups de Terre-Neuve-et-Labrador,⁹¹ la PEW Commission⁸⁹ et par les équipes de soins de santé primaires en Saskatchewan (2004)¹⁹ durant leur processus de développement.

L'organisation : À ce niveau, les opportunités de changement proviennent des politiques, du processus bureaucratique, des structures de transmission des données et des arrangements d'honoraires et pour en profiter pleinement, il faut la collaboration des leaders et des intervenants.

Défis typiques / Opportunités de changement :

- Lignes séparées de transmission des données et de contrôle
- Divers mécanismes de compensation qui limitent l'engagement de l'intervenant
- Horaire et choix des priorités

Faciliter un processus de groupe implique souvent le recadrage de défis en opportunités pour le changement, ceci ayant pour effet d'instaurer une approche pro-active à la consolidation d'une équipe.

- Temps nécessaire aux rencontres de l'équipe
- Leadership pour aider le processus de travail en équipe
- Manque de reconnaissance des bienfaits de la facilitation dans le développement de l'équipe

Rôle du facilitateur :

- Aider l'équipe/le groupe à faire face à ce processus
- Équilibrer les besoins de l'équipe et de l'organisation
- Chercher des remèdes aux problèmes qui entravent le développement de l'équipe au niveau organisationnel
- Rester flexible et ouvert aux besoins de l'équipe, i.e. consultant, planificateur, négociateur, porte-parole, éducateur, responsable de collecte des données ou rapporteur

L'équipe : À ce niveau, les opportunités de changement sont caractérisées par la dynamique normale entre des gens réunis pour organiser et collaborer de manière efficace. Pour faciliter le processus d'équipe, il faut renforcer les forces du groupe tout en identifiant les opportunités de changement et de développement.

Défis typiques / Opportunités de changement :

- S'assurer que les rencontres sont productives
- Gérer la perception d'inégalités de la part de certains membres du groupe
- Encourager l'engagement dans le processus d'équipe
- Développer le leadership dans l'établissement et le partage des processus d'équipe
- Assurer un dialogue clair et efficace
- Effectuer au besoin de la résolution de conflits

Rôle du facilitateur :

- Devenir le porte-parole éventuel de l'équipe et de ses membres
- Assurer que l'emphase demeure le processus d'équipe
- Créer des opportunités de planifier en vue de défis éventuels
- Améliorer la cohésion et l'efficacité du groupe

Dans le cadre de sa charte de valeurs, l'équipe doit envisager comment s'effectuera la résolution de conflits. Une charte d'équipe (que l'on appelle parfois mandat ou cadre de référence de l'équipe) est un document de travail qui définit l'équipe et l'étendue de son travail. Il s'agit d'un cadre qui peut comprendre la vision de l'équipe, sa mission (son but), ses objectifs, ses valeurs, sa composition, son historique, ses responsabilités principales, ses paramètres, la mesure de sa réussite, ses processus de communication et de prise de décisions.^{92, 93}

La facilitation permet de créer un espace sûr pour établir le dialogue et une charte permet alors de définir ce que chaque membre attend de l'autre. Elle établit un processus clair pour résoudre les conflits, ce qui aide à définir des voies de résolution qui, au moment des conflits, jouent un rôle-clé pour que le défi se transforme en opportunité de changement positif.

Pour établir une voie constructive de résolution de conflits au sein de l'équipe il faut, entre autres choses, séparer le conflit de toute l'équipe et les différents individuels qui doivent être réglés en privé, même si pour résoudre ces deux types de conflits il faut des conseils et de l'assistance et parfois des approches différentes.

L'individu : À ce niveau c'est la diversité du groupe qui offre des opportunités de changement. Plus le groupe est grand, plus il est probable que les perspectives individuelles suscitent la mésentente entre des membres de l'équipe.

Défis typiques / Opportunités de changement :

- Encourager la coopération entre les membres
- Encourager une communication ouverte et claire
- Résoudre les conflits entre les membres
- Transformer les conflits individuels en moments constructifs

Rôle du facilitateur :

- Encourager le développement des capacités et offrir la formation pour régler les conflits
- Normaliser ces opportunités de changement
- Clarifier les attentes/procédures de résolution de conflits

Les membres de l'équipe doivent prendre leurs responsabilités dans le cas de préoccupations personnelles et décider de soit en parler avec la personne concernée, soit les oublier. Trouver la bonne manière de réagir est parfois un processus délicat mais il demeure que la plupart des conflits peuvent se résoudre par une conversation respectueuse qui laisse les deux parties s'exprimer, même si parfois il faut l'intervention d'une tierce partie pour résoudre la question

L'éducation : Les opportunités de changement dans ce domaine se situent dans les supports éducatifs indispensables à la croissance de l'équipe

Défis typiques / Opportunités de changemen :

- Donner les ressources nécessaires pour offrir de la formation et de l'assistance pour encourager l'équipe et la croissance organisationnelle.
- Offrir de la formation en compétences cliniques de façon à appuyer les changements dans les champs d'activité.
- Encourager le développement des capacités de facilitation.

Rôle du facilitateur :

- Mettre l'emphasis sur le développement des capacités aux niveaux formel et informel.
- Agir comme formateur, porte-parole, entraîneur ou mentor, selon les cas.
- Aider à identifier les domaines nécessitant le développement de compétences cliniques.

De part son rôle, qui est de maintenir l'emphasis sur le développement des capacités des autres, le facilitateur joue souvent le rôle d'éducateur, peu importe le besoin.

Gérer le rôle de facilitateur

Selon Schwartz (2005), le processus de facilitation consiste à entrer dans un système pour aider un groupe à être plus efficace sans se laisser négativement influencer par l'inertie du système⁹⁴. Dans une approche de service basée sur le travail d'équipe, le changement et la nature de l'équipe tendent à générer des conflits, parfois même à déclencher des conflits depuis longtemps latents. Dans le processus de changement il est inévitable de trouver divers niveaux de résistance et de conflits mais ces éléments contiennent un potentiel positif et peuvent être des éléments de transformation.

Une des tâches importantes de la facilitation est d'encourager un engagement inclusif au sein d'un environnement qui, historiquement, a évolué avec des différences de pouvoir symboliques et pratiques. La réponse négative à ce conflit est de revenir à une approche de résolution basée sur le pouvoir, ce qui ne règle pas les questions interpersonnelles. Une équipe passe par diverses étapes assez prévisibles, chacune marquée par ses propres conflits et par des défis qui peuvent devenir, pour elle, des opportunités de développement.

La clé de cette transformation est la création d'un espace sûr pour établir le dialogue, ce qui signifie qu'il faut clarifier les attentes au moment de régler ces conflits et offrir de l'assistance avant et après des conversations difficiles. Pour profiter pleinement de ces opportunités, l'équipe qui est en train de sortir d'une organisation hiérarchique de gens et de professions doit trouver des moyens d'en limiter l'impact négatif. Elle doit trouver des moyens d'enrichir sa contribution au développement de l'équipe - avec l'aide de la facilitation - et ainsi transformer le conflit.

Ressources de facilitation

 **P** **Team Formation** (MB) : NOR-MAN RHA s'est engagé dans un processus pour former des équipes de soins de santé primaires selon l'engagement de son personnel et les besoins de la communauté. Contacter : mgray@normanrha.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.

 **Guide to Collaborative Team Practice** (ON) : Une ressource pour aider les équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires dans le domaine de l'approche collaborative en équipe. Visiter : http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_collab_team.pdf

 **Developing Team Relationships within PHC** (MB) : NOR-MAN RHA a utilisé la facilitation pour aider à établir des relations d'équipe en élaborant un tableau qui clarifie le rôle des relations. Contacter : mgray@normanrha.ca, NOR-MAN Regional Health Authority.



 **Engaging PCN Teams in Change** (AB) : Grâce à un atelier organisé grâce à l'appui de Alberta Health & Wellness et tenu en juin 2006 pour les leaders des bureaux régionaux de la santé et les réseaux de soins de santé primaires et qui réunissait également de nombreux médecins en soins primaires, le développement du travail d'équipe a connu un élan remarquable. De l'aide soutenue a été offerte aux équipes de soins de santé primaires par le groupe Toward Optimized Practice. Contacter : doug.stich@topalbertadoctors.org Toward Optimized Practice.

 **Learning Circles** (TN&L) : Le Council for Licensed Practical Nurses a travaillé de concert avec l'Association of Registered Nurses de Terre-Neuve-et-Labrador à des cercles d'apprentissage facilités pour aider les changements d'attitudes, les rôles et limites professionnelles, l'apprentissage en groupe et le partage de l'information. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

 **Team Charters** (SK) : Une charte d'équipe (mandat ou cadre de référence) est un document de travail qui précise ce qu'est l'équipe et quelle est la portée de son travail. La charte est un document de base utile pour des discussions d'équipe sur le but, les rôles et les éléments de fonctionnement en équipe. Contacter : chris.mayhew@saskatoonhealthregion.ca, Saskatoon Health Region.

 **Team Building Workshop** (TN&L pour le compte de l'initiative Atlantique BAM) : Ce module de formation comprend un manuel du participant et du facilitateur et couvre les domaines suivants : nature et phases d'une équipe, clarification des rôles, processus de changement, gestion des réunions et élaboration d'un consensus. Contacter : merv@gov.ns.ca, NS Department of Health.

 **Team Development in Primary Care Networks** (AB) : Grâce à l'aide de Alberta Health & wellness, Capital Health et la région Calgary Health ont parrainé un projet pour élaborer un manuel qui aide le travail en équipe interdisciplinaire dans les réseaux provinciaux de soins de santé primaires. Ce manuel comprend des activités d'apprentissage et des ressources sur le contexte des systèmes, sur l'utilisation de la preuve, sur l'élaboration d'équipes, la collaboration, la pratique et le soutien aux facilitateurs au sein d'une équipe. Contacter : Kelly.Holmes@gov.ab.ca, Alberta Health and Wellness.

 **Team Handbook** (TN&L) : Ce manuel élaboré par un processus facilité de contribution, appuie le travail d'équipe interdisciplinaire pour Health & Community Services, région de St. John's. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

 **Conflict Resolution Workshop** (TN&L et NB pour le compte de l'initiative Atlantique BAM) : Ce module de formation comprend un manuel du participant et du facilitateur et couvre les domaines suivants : La nature et la dynamique des conflits, les aspects constructifs et destructeurs des conflits, le cycle d'un conflit, les positions et les intérêts, et les techniques de communication. Contacter : merv@gov.ns.ca, NS Department of Health.

Chapitre 9

Juanita Barrett, Noreen Dort,
Heather White

Collaboration et champ d'activités



Pour encourager une culture de collaboration au sein des soins de santé primaires, il faut comprendre l'équilibre délicat qui existe entre

- Les individus et la communauté;
- La communauté et les intervenants;
- L'individu au sein de l'équipe et l'équipe de soins de santé primaires dans son ensemble; et,
- Les différents professionnels et les différents groupes.

Le mandat provincial et la culture organisationnelle locale en termes organisationnels contribuent grandement à la création d'une culture de collaboration pour la prestation de soins de santé primaires. Une manière de faciliter le changement dans ce domaine est de bien comprendre le rôle des associations professionnelles et des organismes de réglementation et leurs réactions probables au changement facilité.

Le facilitateur a besoin d'un aperçu des perspectives opposées qui peuvent influencer la perception des rôles de la santé au sein des équipes de soins de santé pour pouvoir lui offrir des chances de réfléchir à ces perceptions. Dans le cadre d'une discussion avec les groupes d'intervenants sur les responsabilités et les devoirs de chacun, il faut examiner, et jusqu'à un certain point réconcilier, les différences entre les professions pour espérer en arriver à une vision partagée de ce que sont les soins.

Ce chapitre commence par examiner la nature et les définitions de la collaboration, puis explore les éléments de base pour s'engager dans une pratique collaborative des soins de santé primaires. Une discussion sur la nature et le rôle de l'éducation interprofessionnelle met en lumière l'importance de trouver des occasions pour que l'équipe apprenne ensemble et améliore la compréhension mutuelle des rôles de chacun. La fin du chapitre offre des ressources pour faciliter les changements dans ce domaine.

La nature de la collaboration

Une compréhension claire du champ d'activités, y compris les rôles, fonctions, responsabilités et devoirs, est au cœur de l'approche en équipe interprofessionnelle des soins de santé primaires. Les définitions suivantes⁹⁵ de la collaboration sont utiles pour lancer le débat :

Une pratique collaborative est :

- *Une approche intégrée de livraison de services. Les prestataires de soins de santé fonctionnent comme collègues et sont unis dans des objectifs de soins communs, assistés par une prise de décision collective et nourris par un climat de respect mutuel, de confiance et de soutien. Une communication efficace et une définition claire des rôles et responsabilités sont au cœur de son succès; et,*
- *Un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet aux connaissances et compétences, individuelles et partagées, des intervenants en soins de santé primaires, d'avoir un impact synergétique sur les services offerts à l'individu ou à la population.*

Les deux définitions insistent sur l'importance du respect des rôles et responsabilités de chacun et sur une volonté d'assurer que le bon intervenant donne le bon service au bon moment.

L'approche collaborative dans la prestation des services de santé est positive pour le système et le prestataire de services mais elle sert aussi les individus et leur communauté. Certains de ces bénéfices sont prouvés scientifiquement et d'autres relèvent d'un consensus :

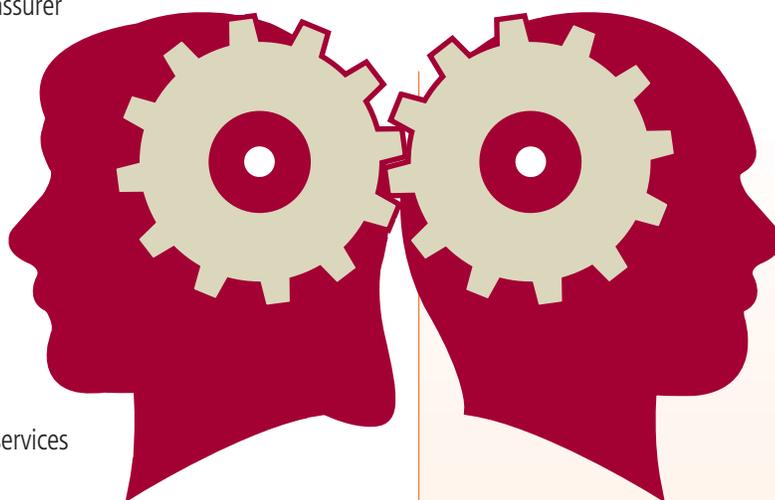
Les bénéfices prouvés scientifiquement :⁹⁶

- La prestation d'une grande variété de soins et de services de promotion de la santé;⁹⁶ et,
- Une amélioration de la qualité de la prestation des soins.

Les bénéfices qui relèvent d'un consensus :^{25, 97}

- Meilleure coordination des services pour améliorer l'accès rapide aux soins requis;
- Une réduction des doublages de services, de visites et une plus grande intégration des soins; et,
- Une meilleure communication entre les intervenants et la diffusion de messages cohérents sur la santé.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow, 2002) souligne que la mise en oeuvre de stratégies comme les équipes et des réseaux de praticiens aiderait à faire avancer le programme de travail de construction des soins de santé primaires et à transformer le système de santé au pays (Commission Romanow, 2003). Ce système transformé de soins de santé doit incorporer les valeurs mutuellement négociées et adoptées (Romanow, 2002).



Les éléments de base de la pratique collaborative

Tout comme pour d'autres modèles de soins, la collaboration comporte de nombreux facteurs de réussite. Le travail de Enhanced Interdisciplinary Collaborative Practice Initiative (EICP)⁹⁸ est guidé par une définition de la collaboration interdisciplinaire dotée des attributs suivants :

- Développement d'un but et d'un objectif communs;
- La reconnaissance et l'acceptation d'expertise et de compétences complémentaires chez les divers intervenants; et,
- Une communication et une coordination efficaces entre les divers prestataires.

La collaboration sert de cadre au renforcement des communications interprofessionnelles et à l'augmentation de la livraison des soins de santé.

En 2005-2006, dans le cadre du plan provincial de renouvellement des soins de santé primaires, Terre-Neuve-et-Labrador a facilité un processus de définition du champ d'activités, sous forme de discussions, au cours desquelles on a encouragé la recherche de moyens pour répondre aux besoins de la communauté en améliorant, au besoin, le champ d'activités.

Les éléments qui suivent proviennent du processus amélioré de champ d'activités tel que défini par le groupe provincial Scope of Practice Working Group⁹⁵ et guide le réseau provincial de facilitateurs et d'équipes :

Travail axé sur le patient/client : Les équipes en soins de santé primaires travaillent en partenariat collaboratif avec les patients/clients et les communautés afin de promouvoir et supporter le partenariat dans la prise de décision des soins à dispenser.

Coordination : Un processus structuré de collaboration est nécessaire pour permettre aux intervenants de passer à ce modèle de soins tout en leur donnant la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux besoins des équipes locales, de la communauté et du client/patient qu'ils servent. Il faut définir collectivement les objectifs visés et respecter la contribution de chacun des membres.

Communication : La communication doit être ouverte et transparente. Chaque membre de l'équipe doit être prêt à exprimer ses idées et ses préoccupations et à écouter respectueusement celles des autres. La rétroaction individuelle est aussi essentielle à l'équipe que les discussions périodiques sur les améliorations à apporter au processus de communication, pour établir un dialogue immédiat pertinent, et centré sur la question à débattre.

Coopération : La collaboration repose sur un partage des prises de décisions et sur une responsabilité partagée dans le cadre d'un processus structuré, d'une emphase mise sur le client/patient et sur un mécanisme de résolution des conflits. Cependant, la responsabilité partagée doit respecter le concept d'autonomie professionnelle et permettre à l'intervenant le plus compétent de donner le soin le plus approprié au moment le plus opportun. Le plus important dans la collaboration est de former un centre de livraison de soins de santé où

tous les membres de l'équipe sont traités comme des collaborateurs importants et où les responsabilités et les devoirs, à la fois partagés et individuels, sont pris en compte dans les processus et résultats de la planification en matière de santé et où règne confiance et respect mutuels.

Engagement : Une compréhension mutuelle de la nécessité du travail interprofessionnel aide la collaboration. La présence de support organisationnel pour encourager la collaboration est toute aussi importante que l'évaluation continue des processus et des résultats de la pratique interprofessionnelle.

La qualité de la collaboration dépend donc du degré d'intégration de ces facteurs dans les équipes de soins de santé primaires.

Grâce à l'aide d'un facilitateur central et à une équipe de facilitateurs locaux, Terre-Neuve-et-Labrador est en train de déterminer les rôles et les responsabilités dans le processus de construction d'équipes de soins collaboratifs, tel que le prescrit la vision de la province dans le processus de champ d'activités. La tâche principale du facilitateur est de transformer les conflits sur les limites professionnelles en opportunités de changement. Le temps et l'effort requis pour monter une équipe dépend de la taille et de la nature de celle-ci.

L'enculturation professionnelle

Pour établir une culture de collaboration il faut d'abord comprendre les défis que posent les formes passées et les formes actuelles de livraison des soins de santé. Plusieurs auteurs soulignent également l'importance de comprendre les barrières que certaines cultures professionnelles posent aux pratiques de collaboration.⁹⁹ La recherche pointe du doigt certains facteurs qu'il faut considérer pour encourager la capacité de collaboration : l'histoire, les cartes cognitives professionnelles, les systèmes d'éducation et de formation et les supports dont l'équipe a besoin. Cette section s'attache aux deux premiers facteurs.

L'évolution de la culture hiérarchique dans les soins de santé implique des groupes professionnels qui offrent des services de plus en plus spécialisés et, dans cet environnement, les diverses professions ont créé des limites de travail qui permettent de distinguer les professions¹⁰⁰ et de promouvoir telle ou telle idéologie professionnelle. La culture professionnelle devient alors le cadre dans lequel les intervenants individuels interprètent leur interactions interprofessionnelles et au sein duquel ils érigent les barrières qui façonnent les relations d'équipe.

Lorsqu'on tente de créer des pratiques basées sur la collaboration en améliorant les champs d'actions, la notion de carte cognitive professionnelle¹⁰¹, prônée dans les recherches récentes,⁹⁹ se révèle précieuse pour expliquer les dynamiques professionnelles rencontrées.

Hall (2004) avance que ces cartes cognitives proviennent de l'éducation et de l'expérience sociale des étudiants au sein de chaque profession reliée à la santé et servent d'élément de base aux cultures professionnelles. Les cartes influencent aussi comment les professionnels traitent les autres membres de l'équipe puisqu'elles influencent leurs interactions par des



modèles de stéréotypes. Petrie (1976) explique que deux intervenants de deux professions différentes peuvent littéralement examiner la même chose et voir des choses différentes.¹⁰¹ Dans le travail sur les champs d'activités, la disparité entre les cartes cognitives professionnelles créent des défis et des chances de changement. Les membres d'une équipe interprofessionnelle doivent apprendre à abandonner leur propre carte professionnelle pour en faire une carte cognitive collaborative. C'est à ce moment-là seulement que la collaboration naît véritablement.

Le rôle de l'éducation interprofessionnelle

Hall et Weaver (2001) avancent également l'idée que la spécialisation professionnelle croissante réduit les chances d'interactions entre les intervenants de diverses disciplines. Pour sa part, Gilbert (2004) souligne que la spécialisation croissante est une entrave au travail interprofessionnel¹⁰² et Steinert (2004) se réfère à la suggestion de Freidson (1986) et déclare que « le processus de professionnalisation est plutôt marqué par la domination, l'autonomie et le contrôle que par la collégialité et la confiance ».¹⁰³

Le défi ou l'opportunité de changement est donc de trouver des manières formelles et informelles pour que les intervenants apprennent ensemble. Cette idée est appuyée par Steinart (2004) qui déclare que les facilitateurs « doivent créer un contexte dans lequel l'apprentissage est un aspect vital du travail collectif ».¹⁰³

L'apprentissage consiste à faire ou à revoir l'interprétation d'une expérience pour guider la compréhension, l'appréciation et l'action qui en découlent.¹⁰⁴ Les modules de formation élaborés dans le cadre de l'initiative Bâtir un avenir meilleur peuvent servir d'outils au facilitateur pour encourager l'apprentissage interprofessionnel.¹⁰⁵

Selon bien des gens impliqués dans les soins de santé primaires, il est important de briser les structures interprofessionnelles traditionnelles par le biais de l'éducation interprofessionnelle.¹⁰⁶ Un montant minimal de preuves vient appuyer cette perspective mais cet aspect de la recherche évolue rapidement et il est donc important que les intervenants en soins de santé primaires continuent à recueillir des preuves pour confirmer les convictions sur l'efficacité de l'apprentissage interprofessionnel. Il est important de noter également qu'il ne s'agit que d'un des nombreux facteurs qui contribuent à une meilleure collaboration.

Amélioration de la collaboration

La transformation peut s'effectuer à divers niveaux : au niveau de l'individu, du groupe ou de la communauté^{107, 108}, au niveau organisationnel ou au niveau de la société.¹⁰⁴ La culture actuelle de la santé repose sur une longue histoire et des racines profondes qui ne faciliteront pas le changement. Il peut être utile, par conséquent, d'envisager le processus de changement comme un apprentissage qui peut donner naissance à de nouvelles idées⁸⁴ et cette pratique de collaboration permet à la culture interprofessionnelle de s'enraciner. Elle encourage les individus à découvrir la validité de leurs idées et de leur expérience et à les envisager sous un jour nouveau. Ainsi, les membres de l'équipe apprennent à se voir d'une autre manière et à

Le défi ou l'opportunité de changement est donc de trouver des manières formelles et informelles pour que les intervenants apprennent ensemble.

cadrer différemment leur travail.¹⁰⁹ Il est essentiel de reconnaître les défis qui accompagnent ce changement puisqu'ils offrent également des chances de changement :

Champs d'activités

Les intervenants de Terre-Neuve-et-Labrador ont découvert bien des défis et chances de changement dans le déroulement de leur processus.⁹⁵ Leur travail a mis en lumière trois domaines clés auxquels il faut s'attarder avant d'entamer des changements dans les champs d'activités professionnels. Les voici :

Autorité : Les changements de champs doivent rester à l'intérieur des paramètres établis par les diverses lois et groupes de réglementation. Les intervenants qui tentent d'améliorer un champ d'activités doivent comprendre la responsabilité et les obligations inhérentes à tout changement à un niveau de compétence.

Contexte de la pratique : Tout changement au champ d'activités doit suivre les politiques organisationnelles qui gouvernent la pratique. Les changements appropriés doivent émaner et suivre une analyse des forces/besoins de la communauté et répondre aux forces/besoins de chaque patient.

Éducation : Il faut que des niveaux appropriés de supports éducatifs et de formation continue soient disponibles, à la fois dans des contextes formels et informels, pour effectuer les changements souhaités aux champs d'activités.

Le processus de réorientation des champs d'activités sera aussi collaboratif que la pratique basée sur le travail d'équipe qui la guide. Il faut travailler avec les intervenants-clés pour créer un plan commun d'intervention dans les champs d'activités, l'endroit idéal pour une intervention de facilitation.

Modèles d'honoraires

Un nouvel obstacle au développement de la pratique de collaboration est l'absence de modèles adéquats de rémunération. Le défi pour faire avancer le concept de prestation des soins en équipe consiste à trouver les bons modèles de rémunération pour encourager la participation des prestataires de services rémunérés à l'acte.¹¹⁰ Il y a de nombreux prestataires de ce type y compris médecins, pharmaciens et physiothérapeutes et il faut trouver des modèles pour encourager leur participation. Le facilitateur doit être familier avec les forces et les limites des divers modèles de rémunération au sein des soins de santé primaires. Si le facilitateur n'a que très peu d'influence directe sur le développement des ces modèles de financement, il a le pouvoir de faciliter la discussion et les processus qui aident à développer des modèles valables.

Un processus de ce genre qui s'est déroulé à Terre-Neuve-et-Labrador a débuté avec un groupe de travail chargé de superviser les changements dans ce domaine, spécifiquement pour des médecins. Une série de discussions de facilitation ont mené à un document de discussions¹¹¹ qui, à son tour, a donné lieu à l'élaboration de contrats pour les médecins. Une fois le processus établi, il peut servir pour d'autres prestataires de services à la recherche de nouveaux modèles de financement.

La gestion du rôle de facilitateur

Le facilitateur qui traite de changement collaboratif doit savoir comment se bâtit une pratique collaborative, ce qui implique d'encourager un dialogue ouvert, de partager des visions et une planification collective basées sur les preuves recueillies pour déterminer qui fait quoi, quand. Fort de cette connaissance, le facilitateur peut travailler avec des groupes de professionnels et avec des équipes de soins de santé primaires pour revoir leurs relations de travail de façon à respecter les nouveaux modèles de soins collaboratifs. Tous les partenaires, y compris les membres de la communauté, doivent impérativement avoir une place, dès le début, à la table de planification.

En faisant des conflits individuels et d'équipe des opportunités de changement, le facilitateur améliore la livraison des services d'équipe. En utilisant le processus de facilitation pour bâtir des pratiques de collaboration, le facilitateur appuie les intervenants et lorsque ces derniers travaillent à leur plein potentiel ils sont poussés à dialoguer. Cet engagement est nécessaire à une compréhension partagée et à un consensus collectif sur les changements applicables à une pratique ou une équipe.

Ressources de facilitation



Enhancing Scope of Practice (TN&L) : Le bureau provincial des soins de santé primaires utilise un processus facilité de collaboration pour améliorer le champ d'activités de chacun des huit sites provinciaux de soins de santé primaires. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Expanded Medical Office Assistant Role (CB) : Dans le cadre du Diabetes Collaborative, le rôle d'assistant de bureau médical a été revu et comprend maintenant la saisie de données, la planification des visites et les détails relatifs à la visite (tension artérielle, poids, taille, examens des pieds et auto gestion). Contacter : Debbie.lewis@northernhealth.ca, Northern Health.



Enhanced Scope of Practice for Paramedics (TN&L) : Grâce à un processus facilité d'engagement, les changements nécessaires ont été effectués pour améliorer le champ d'activités des ambulanciers paramédicaux. Pour plus de renseignements, visiter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Expanding Registered Nurses' Scope of Practice (MB) : Cette expansion du rôle est né d'un modèle de pratique collaborative facilité qui a lancé le programme Well Women par le biais des consultations facilitées et de l'engagement du personnel. Contacter : mgray@normanrha.mb.ca, NOR-MAN Regional Health.





Interdisciplinary Team Roles and Responsibilities (ON) : Cette ressource donne des renseignements généraux aux personnes qui appuient les équipes interdisciplinaires en soins de santé primaires pour aider au développement et à la coordination d'équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires. Visiter : http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf



Shared Scope of Practice LPN/RN (TN&L) : Le rôle des infirmiers/ères auxiliaires diplômé(e)s a été élargi et comprend l'administration de médicaments. Un examen du champ d'activités des infirmiers/ères et des infirmiers/ères auxiliaires diplômé(e)s effectué lors de cercles d'apprentissage a donné lieu à un document écrit par le ARNTN&L et le CLPN (1999) qui a mis en lumière les problèmes naissants. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Guide to Collaborative Team Practice (ON) : Cette ressource aide les équipes interdisciplinaires en soins de santé primaires dans le concept de pratique en équipe basée sur la collaboration. Visiter : http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_collab_team.pdf



NP Scope of Practice (TN&L) : Dans le cadre d'un processus d'intégration des infirmiers/ères praticiens/nes dans le modèle de soins de santé primaires, un processus de consultation a donné lieu à un rapport mettant en relief les changements aux lois régissant les infirmières praticiennes. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

Chapitre 10

Juanita Barrett,
Shannon Turner

Information et communication sur la santé



L'interaction des membres au sein de l'équipe de soins de santé primaires augmentera le besoin et les opportunités de communiquer et d'échanger de l'information relative aux soins de santé.

Le concept des soins de santé primaires comprend, en plus du secteur de la santé, tous les secteurs connexes ainsi que les divers aspects qui affectent le développement au niveau national et communautaire soit : l'agriculture, l'élevage, les aliments, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications. Tous ces secteurs doivent donc coordonner leurs efforts.^{10, 11} On comprend pourquoi l'information fait partie des piliers des soins de santé primaires. Plus les équipes de soins de santé primaires travaillent ensemble plus il leur faut partager cette information.

Le partage du dossier des patients entre les membres de l'équipe et les divers services permettent de soigner mieux et de manière plus efficace, en offrant une communication plus rapide de résultats d'examen, en réduisant le dédoublement d'examen et en donnant aux intervenants une meilleure compréhension des besoins du client/patient et de la communauté.

Dans les cas où l'accès aux prestataires de santé est difficile, des investissements technologiques, en télésanté /télémédecine, par exemple, peuvent assurer un meilleur accès aux diagnostics et aux traitements au sein même de la communauté dans laquelle vit le patient. Des services sans frais de télésoins peuvent garantir un accès à des conseils ou à de l'information sur la santé, 24 heures par jour. Ce système peut aussi aider à déterminer quel symptôme ou quelle plainte exige une visite aux urgences d'un hôpital.

Les supports technologiques dans les domaines de l'information et des communications évoluent selon les ressources disponibles dans les juridictions et il est possible qu'au début les équipes doivent se fier à des méthodes de communication et de partage de l'information de santé plus traditionnelles. Cependant, il est possible d'avoir un système d'information bien intégré aussi bien dans un environnement manuel qu'électronique et, en fait, les intervenants des soins de santé primaires utilisent les deux systèmes.

Ce chapitre commence par examiner le contexte actuel et explore les opportunités qui existent dans le traitement électronique des dossiers médicaux, du traitement des maladies

et de la télé santé. Après une discussion sur les défis au cœur de la facilitation de changements dans ce domaine, le chapitre traite des ressources déjà élaborées pour aider à maximiser les chances de changement.

Le contexte actuel

Le renouvellement des soins de santé primaires peut se produire sans systèmes d'information bien intégrés. Ces derniers sont utiles mais ils ne sont pas absolument indispensables au changement. Par contre, dans bien des juridictions, des systèmes de gestion de l'information sont mis en place, à des niveaux variables, et ces capacités accrues rendent possible une meilleure communication entre les membres de l'équipe et aident les activités cliniques et éducatives, surtout dans les zones géographiques difficiles.

La présence de systèmes d'information intégrés et bien développés est un atout pour les changements dans les soins de santé primaires mais il est difficile de les planifier, de les mettre en oeuvre et de les évaluer. Par exemple :

- On ne comprend pas toujours l'utilité de systèmes,
- Comment s'informer à leur sujet;
- On les considère comme une autre exigence dans un horaire déjà bien chargé,
- On craint qu'ils ne provoquent des pertes d'emploi ou des changements dans nos habitudes de travail.
- On s'interroge sur leurs coûts de mise en oeuvre et d'opérations,
- On a peur de les utiliser et on se questionne,
- Aussi, sur la confidentialité et le respect de la vie privée.

Il faut que les leaders qui appuient les processus de changement au sein des soins de santé primaires connaissent les initiatives de gestion de l'information dans leur juridiction, qu'ils comprennent leurs implications pour le contexte en évolution dans lequel les intervenants doivent opérer. Dans le processus qui aide les intervenants à identifier et à gérer les défis technologiques, le rôle de la facilitation doit être clairement défini, tout comme il est important de savoir où trouver l'expertise nécessaire pour aider et diriger l'implantation et l'usage de cette technologie.

Les opportunités

Meilleur partage de l'information électronique

L'installation de moyens électroniques pour que les intervenants puissent se contacter et partager des renseignements et la documentation nécessaires aux services et aux soins donnés au patient est une composante centrale du changement dans les soins de santé primaires. Une des méthodes actuelles pour le partage d'information médicale est le dossier électronique de santé (DES) qui peut, selon les cas, inclure le dossier du médecin, auquel cas on l'appelle dossier médical électronique (DME). Ces dossiers sont créés pour ou par les médecins pour communiquer entre eux et pour recueillir (et parfois classer) l'information sur le client/patient. De tels dossiers sont généralement créés pour aider le traitement des cas et permettent à plusieurs intervenants d'accéder à de l'information spécifiquement reliée à leur rôle dans les services ou soins à donner au client/patient.

L'installation de moyens électroniques, pour que les intervenants puissent se contacter et partager des renseignements et la documentation nécessaires aux services et aux soins donnés au patient, est une composante centrale du changement dans les soins de santé primaires.

Idéalement, ces deux types de dossier devraient se raccorder pour permettre de faire des liens et d'intégrer services, prestation des soins et communication dans toute l'équipe interdisciplinaire, mais les systèmes DES et les dossiers médicaux électroniques (DME) ont été mis sur pied avant l'arrivée des équipes de soins de santé primaires et, par conséquent, ils s'attachent principalement aux renseignements requis par certains intervenants. Cet état de chose limite souvent leur efficacité pour les nouveaux membres des équipes de soins de santé primaires qui ont leurs propres besoins et styles dans le domaine de l'information et de la consignation des notes de dossier. Il faut donc que les DES et les DME s'adaptent à la nature même des nouveaux besoins des équipes.

Au Canada, il y a plusieurs fournisseurs de dossiers électroniques qui distribuent leur technologie, à des niveaux variés, aux quatre coins du pays. La majorité des juridictions (institutions, communautés et groupes de médecins) sont actuellement à un niveau ou à un autre de mises en place de DES ou de dossiers médicaux électroniques; en 2006, en Colombie-Britannique, par exemple, 15 pour cent seulement des intervenants des soins de santé primaires indiquent qu'ils ont mis en place un système de dossiers médicaux électroniques, un pourcentage qui devrait changer de manière très importante à mesure que la province aide à faire avancer l'établissement de standards en technologie et en information dans le domaine des soins de santé primaires.

Lorsqu'un groupe d'intervenants en soins de santé primaires utilise un registre en collaboration, ils peuvent fixer des objectifs de performance pour les améliorations à la qualité et suivre tous les progrès ensemble.

Registre des maladies chroniques

Bien des juridictions utilisent des registres pour mettre en place des soins en pratique familiale selon certaines lignes directrices. Les cliniciens établissent un registre de patients selon les lignes directrices sur le diabète ou sur la prévention clinique. Ce registre contient la cohorte de patients souffrant d'une même condition ou leurs besoins en prévention clinique, le nombre de contacts avec le patient, les dépistages ou examens effectués, les dates, leurs résultats et émet des rapports sur les paramètres d'intérêt comme une valeur HbA1c.

Les médecins et leur équipe peuvent suivre la cohérence de leur pratique, les progrès du patient et effectuer les rappels. Lorsqu'un groupe d'intervenants en soins de santé primaires utilise un registre en collaboration ils peuvent fixer des objectifs de performance pour les améliorations à la qualité et suivre tous les progrès ensemble. Ceci représente un instrument très puissant pour améliorer la qualité et si un ou plusieurs facilitateurs soutiennent ce mouvement, on peut obtenir des résultats rapides et spectaculaires.

La rétroaction continue qu'offre une telle ressource électronique est un outil exceptionnel pour encourager le changement et, partagé avec une communauté d'intervenants, il offre un outil de gestion du changement avec un cadre de référence commun, basé sur les preuves scientifiques.

Télesanté

On peut définir la télésanté, un élément en croissance dans le traitement de l'information, comme :

« L'utilisation des technologies de l'information et des communications, pour la livraison des services de santé, la transmission d'expertise et d'information à distance, au delà des barrières de la géographies, du temps, de la société et de la culture »¹¹²

« L'utilisation des communications et de la technologie de l'information pour donner des services de santé sur des petites ou de grandes distances, y compris dans les régions rurales et retirées. »¹¹³

Un vaste éventail de technologies qui favorisent le partage de l'information aide la télésanté¹¹⁴. C'est le cas de la vidéo conférence (dans une salle, mobile, par ordinateur, à domicile), le matériel périphérique comme le stéthoscope électronique, la technologie de soins à domicile et les points de service, comme le palmpilote, la tablette graphique ou encore le Blackberry. Partout au pays on encourage les applications et la technologie de la télé santé pour aider à donner à tout le monde, peu importe où ils vivent, des soins de qualité égale.

Ces nouvelles technologies peuvent encourager le partage de l'information, par exemple, pour donner des services de facilitation par vidéo dans divers sites de pratique ou d'équipes, comme c'est le cas en Ontario à Terre-neuve-et-Labrador et en Saskatchewan. Ceci réduit le nombre de visites en personne mais maintient le contact entre l'équipe de pratique et les services de réorientation. Ce format économique aide la discussion sur les changements de systèmes au sein des pratiques. Un certain nombre de juridictions utilisent également la vidéo conférence pour le développement professionnel et interprofessionnel.

ICPC2

La Classification internationale des soins de santé primaire (ICPC-2) est un système de codage qui peut être relié au système actuel de classification ICD9/10 qui, lui, permet aux médecins en pratique familiale d'inscrire, d'organiser et d'extraire le processus de soins dans le domaine des soins de santé primaires. Il a pour but de classifier trois éléments importants des soins de santé primaires :

1. La raison de la rencontre avec le patient;
2. Le diagnostic du problème; et,
3. Le processus de soins.

Récemment on a parlé avec une variété d'intervenants aux niveaux nationaux et au niveau des juridictions au sujet de ICPC-2, de ses applications possibles et de son évaluations au sein des équipes de soins de santé primaires. D'autres intervenants des soins de santé primaires se sont montrés très intéressés par l'utilisation de ce système qui offre plus de renseignements aux prestataires des soins de santé primaires et aux gouvernements sur la santé de la population et le traitement du patient. Ce système peut également servir pour évaluer la livraison des services, pour planifier la prestation des soins et pour aider les modèles de rémunération/financement.¹¹⁵

Les défis

Le développement par les juridictions de systèmes d'information efficaces dans le domaine de la santé présente un certain nombre de défis, dont un des plus importants est le manque de standards dans les diverses technologies présentes dans le système de santé. Ceci représente un obstacle particulier pour les provinces qui se dirigent vers des réseaux intégrés et qui veulent s'assurer que ces systèmes peuvent s'insérer aux systèmes actuellement en place.

Cette complexité croissante fait monter le coût de construction de systèmes capables d'aider le changement. Dans ce domaine, il faut considérer les coûts suivants dans la planification et le changement de système pour assurer le succès de sa mise en oeuvre :

- La durée de telles initiatives.
- Le financement requis pour développer et soutenir le travail, et,
- Le support éducatif pour que les intervenants apprennent comment fonctionne le système.

Certains des défis posés par la télé santé sont :

- La viabilité, l'environnement régional, des services équitables en régions (i.e. Soutien technique),
- L'évaluation,
- Le paiement des praticiens à l'acte,
- Des modèles pré-établis de gouvernance,
- L'intégration de la télésanté dans la livraison des soins de santé,
- Le respect de la vie privée et la confidentialité, et,
- L'intégration à d'autres systèmes.

Le respect de la vie privée des patients et la confidentialité ont toujours présenté un défi aux systèmes de soins de santé et il est essentiel, dans un environnement qui insiste sur le partage de l'information sur la santé, qu'on assure le maintien de discussions facilitées, des processus et des outils formels de prise de décisions afin de respecter ces impératifs. L'évolution rapide de la technologie et des logiciels ajoute à la complexité de la tâche de développement et d'intégration de systèmes utiles pour aider le travail des professionnels de la santé.

La période de transition et l'aide requise pour passer des dossiers écrits aux dossiers électroniques présentent aussi de grands défis aux intervenants qui doivent déjà se presser pour faire face à d'autres changements majeurs et la réception plus ou moins positive de ces changements par ceux qui doivent passer à des systèmes électroniques ne fait que compliquer la situation. Les niveaux de changement sont très variés et complexes; cela oblige les intervenants à s'interroger sur les questions de respect de la vie privée des patients et de la confidentialité de l'information à mesure que l'information sur la santé devient de plus en plus partagée.

Les provinces qui se dirigent vers des réseaux intégrés doivent s'assurer que ces systèmes peuvent s'intégrer aux systèmes actuellement en place.

La gestion du rôle de facilitateur

Les changements exigeant des connaissances et de l'expertise technologiques sont clairement en dehors du rôle d'un facilitateur ou d'un leader en soins de santé primaires, mais ces changements font partie de l'environnement dans lequel ils travaillent. Il y a donc un rôle de facilitation à jouer pour présenter la complexité des changements dans le domaine de la gestion informatique de l'information comme une opportunité. Ce rôle peut consister à faciliter le processus de changement pour mettre en oeuvre des initiatives de traitement de l'information. Les processus de mise en oeuvre comprennent l'identification et l'élaboration de plans d'action pour gérer ces défis, la planification de discussions, la mise en oeuvre et l'évaluation des changements requis. Le facilitateur peut également insister sur le bien-être des intervenants qui font de leur mieux pour trouver leur place dans un système en évolution.

Les leaders et gestionnaires de projet peuvent utiliser certains des outils ci-dessous pour gérer avec les intervenants les changements reliés à la mise en marche de la technologie et ainsi contribuer à consolider un processus de changement durable dans les soins de santé primaires.

Ressources de facilitation



Enhanced Sharing of Electronic Information Toolkit (TN&L) : Un territoire pilote disposant d'une équipe de soins de santé primaires a été choisi pour améliorer de manière proactive le partage de l'information électronique sur la santé entre les divers intervenants et les divers systèmes tout au long de la chaîne de soins/services. Des outils ont ensuite été élaborés pour aider les autres endroits de la province à effectuer ces changements. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Needs Assessment Tools for EHR at the PHC Level (TN&L) : Une série d'outils et de processus ont servi à la planification d'un meilleur partage d'information sur la santé entre les divers intervenants de soins de santé primaires, y compris une variété d'outils d'évaluation. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Evaluation of Enhanced Sharing of Electronic Information (TN&L) : Un territoire pilote disposant d'une équipe de soins de santé primaires a été choisie pour améliorer de manière proactive le partage de l'information électronique sur la santé entre les divers intervenants et les divers systèmes tout au long de la chaîne de soins/services. Un processus formel d'évaluation a été élaboré pour déterminer les résultats de cet enrichissement pour les intervenants et le patient. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.





Diabetes Collaborative Tool development (TN&L) : L'objectif de ce projet



était le développement d'une trousse d'outils pour aider les sites de soins de santé primaires à mettre en place le programme provincial de Chronic Disease Collaborative, en commençant par le diabète. Parmi les outils choisis on trouve des outils pour aider la saisie électronique des données cliniques et des rapports pour aider à mieux servir et soigner les individus souffrant de diabète. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



MB Telehealth (MB) : Ce programme est centralisé en un programme provincial de télé santé. Il aide au déploiement de nouvelles applications pour la télésanté qui vont



de nouveaux utilisateurs du programme à de nouveaux sites et à de nouveaux



équipements. Le processus est implanté de manière efficace dans les domaines de soins tertiaires pour des applications dans les soins de santé primaires et les soins primaires. Le programme se base sur le suivi d'un projet précis modifié selon la nature de l'application et de son déploiement. Contacter : lloewen@mbtelehealth.ca, Winnipeg Regional Health Authority.



Immunization Management System (SIMS) (SK) : Le Saskatchewan Immunization



management system, plus connu sous l'acronyme SIMS, est une base de données informatiques sur l'immunisation. Il s'agit d'un système informatisé d'information confidentiel, basé sur la population qui recueille les données d'immunisation, principalement chez les enfants, au sein de chaque région. SIMS est un outil précieux pour améliorer et assurer de hauts niveaux d'immunisation. Il donne de l'information complète et exacte pour permettre la prise de décisions concernant l'immunisation, éviter le manque ou la répétition d'immunisations et pour gérer les flambées de maladies contagieuses. Contacter : rtuchscherer@health.gov.sk.ca, Saskatchewan Health ou visiter : http://www.health.gov.sk.ca/ph_hisc_proj_sims.html



NL Provincial Telehealth Implementation Plan (TN&L) : Durant l'hiver 2005,



grâce au financement du programme Inforoute Santé du Canada, une stratégie provinciale de télé santé a été créée par un processus de collaboration et d'implication des intervenants. Cinq directions ont été prises : 1) auto gestion des soins et télé-soins; 2) Prévention et traitement des maladies chroniques; 3) Accès aux spécialistes ou à des services spécialisés aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire; 4) Soins à domicile; et 5) formation au point de services pour les professionnels de la santé. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Newfoundland and Labrador Centre for Health Information (NLCHI) (TN&L) :



Parmi les autres travaux en cours actuellement à Terre-Neuve-et-Labrador, on compte un identificateur individuel pour les patients, un système d'archivage du diagnostic d'un patient par imagerie (DI-PACS) et le réseau de pharmacies. De plus, une demande de proposition pour l'essai pilote d'un dossier médical électronique est en cours. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.



Comprehensive Community Information System (CCIS) (SK) : Il s'agit d'un



moyen novateur pour le partage des ressources, de l'information, d'outils et de connaissances, pour piquer la curiosité, pour identifier des questions clés dans le domaine du bien-être, établir des priorités, et pour promouvoir la recherche, la programmation, le développement de politiques et l'évaluation basés sur les preuves scientifiques. CCIS est également un outil communautaire qui encourage la prise en charge par le partage de l'information et par une approche collaborative, holistique et humaniste du processus permanent de bien-être de la communauté. Pour plus de renseignements, visiter : <http://ccis.cronustech.com>



Chronic Disease Management Toolkit (CDM) (BC) : Le développement de



collaborations provinciales accorde une importance particulière à la collecte de données cliniques sous forme électronique. Afin de supporter efficacement la gestion des maladies chroniques, il souligne aussi l'importance du dossier de soins du patient par le fournisseur de service. Ces actions nécessitent un système de support électronique. Une série d'outils ont été développés pour accomplir ce travail. Visiter : www.e-ms.ca et/ou www.healthservices.gov.bc.ca/cdm



ICPC2 (TN&L) : Ce système international élaboré par l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille a pour but de classer et de documenter trois éléments importants des soins de santé primaires : la raison de la rencontre avec le patient, le diagnostic ou problème et le processus de soins. Une analyse des publications et des avantages des études de cas a été effectuée en coopération avec des partenaires de diverses juridictions. Contacter : dryan@nl.gov.ca, Department of Health and Community Services.



Privacy and Confidentiality (TN&L) : Un certain nombre de processus et d'outils



existent, tant au niveau national que provincial, pour garantir que les questions de respect de la vie privée et de confidentialité sont traitées et gérées dans le contexte d'un partage de l'information croissant et différent. Ceci comprend des groupes de travail et des outils d'analyse de l'impact sur le respect de la vie privée adaptés pour les soins de santé primaires dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Contacter : dryan@gov.nl.ca, Department of Health and Community Services.

QUELQUES DERNIÈRES REMARQUES

La facilitation est un outil puissant qui offre un soutien sans pareil aux individus, aux équipes, communautés et organismes impliqués dans les changements en cours et dans ceux qui sont envisagés au sein du système de santé et pour son bénéfice.

Si des ressources, du temps et du soin accompagnent ce rôle, les conflits qui surviennent inévitablement peuvent être transformés en des opportunités de changement. Ce rôle peut soulager le fardeau des intervenants qui répondent aux demandes immédiates de soins pour les clients/patients dans un environnement en constante mouvance. Dans ce contexte, la facilitation peut garantir que le processus de changement reçoit autant de considération que ses résultats.

Un consensus existe parmi les prestataires de soins et les leaders sur la priorité pour les soins de santé de servir l'individu et la communauté désireux de recevoir de l'aide pour leur santé et leur bien-être. Il s'agit là, de toute évidence, d'une emphase nécessaire et importante qui ne doit pas, par contre, faire oublier les soins à apporter à l'intervenant lui-même.

Au milieu de changements massifs au sein d'un système resté constant depuis si longtemps, le facilitateur devrait rappeler aux personnes avec lesquelles il/elle travaille de « s'occuper d'eux-mêmes ». La résilience et la détermination des prestataires de soins de santé et des administrateurs sont le moteur des changements actuels tant dans les soins de santé primaires que dans le système de santé lui-même.

Les consultations de 2001 sur la santé, tenues à Terre-Neuve-et-Labrador, ont révélé un consensus sur le besoin de changement dans le système, même si il y avait des opinions divergentes sur la nature, la direction et le délai d'exécution de ce changement (177). Dans le contexte plus large du pays, beaucoup de personnes au sein du système de santé reconnaissent la nécessité d'un changement à grande échelle partout au pays. (178). Les intervenants en soins de santé primaires sont devenus des experts dans la gestion du changement à bien des niveaux dans le système, ce qui a de nombreuses incidences sur les résultats de leur travail et sur la fourniture de services de santé.

Les leaders et facilitateurs du changement doivent bien évaluer la profondeur du changement, ses implications pour les intervenants de première ligne et les supports dont ils auront besoin pour gérer les changements générés par les conflits inévitables. Trop de changements, trop rapidement, à trop de niveaux différents, avec des moyens limités, peuvent avoir un impact négatif sur les prestataires de soins et leurs équipes dont bien des membres sont déjà engagés dans une course contre la montre.

Lorsqu'on facilite le changement il faut faire attention à la santé de l'environnement de travail. Un milieu de travail très sollicité, avec peu de contrôle, diminue l'individu et le bien-être du milieu lui-même (179). Le milieu de travail dans le domaine des soins de santé est un lieu à forte demande. Le fait d'ajouter un changement systémique à la réalité des prestataires de soins de santé met en relief la valeur de la facilitation pour les encourager, les impliquer et solliciter leurs réactions.

La résilience et la détermination des prestataires de soins de santé et des administrateurs sont le moteur des changements actuels tant dans les soins de santé primaires que dans le système de santé lui-même.

Encourager la participation dans la planification des changements en cours peut être un geste positif à bien des égards, mais, sans un processus ou rôle explicite pour impliquer les intervenants, les communautés, les équipes et les groupes intersectoriels, il est probable que ce fardeau incombe aux travailleurs de première ligne qui sont déjà accablés et qui travaillent au point de jonction entre le système en changement et les besoins actuels du patient et de la communauté. La facilitation n'est pas la panacée, mais une somme de compétences et d'outils qui peuvent aider les gens (intervenants, gestionnaires, membres de la communauté, patients) qui oeuvrent dans un système en constante évolution.

Ont contribué à ce guide :

Terre-Neuve-et-Labrador

Heather Alaverdy, Canadian Diabetes Association, Newfoundland & Labrador Region
Diane Aylward, Primary Health Care, Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority
Juanita Barrett, OPHC, Department of Health and Community Services
Andrea Battcock, OPHC, Department of Health and Community Services
Trina Burden, Western Regional Integrated Health Authority
Rob Bryenton, Western Regional Integrated Health Authority
Linda Carter, Community & Wellness Branch, Department of Health and Community Services
Ann Colbourne, MUN, Eastern Health, Department of Health and Community Services
Pegi Earle, Association of Registered Nurses of Newfoundland & Labrador
Judy Davis, Primary Health Care, Eastern Regional Integrated Health Authority
Diana Deacon, Centre for Collaborative Health Professional Education, MUN
Noreen Dort, OPHC, Department of Health and Community Services
Derek Fleming, OPHC, Department of Health and Community Services
Lori Harnett, Western Regional Integrated Health Authority
Claudine Kean Dobbins, Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority
Diane Kieley, OPHC, Department of Health and Community Services
Eva Laing, Primary Health Care, Department of Health and Community Services
Lilly LeDrew, Central Regional Integrated Health Authority
Betty Lundrigan, Association of Registered Nurses of Newfoundland & Labrador
Elaine Lyall, Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority
Sherry Kennedy, Eastern Regional Integrated Health Authority
Kim Osmond, Central Regional Integrated Health Authority
Colleen Rixon, Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority
Heather Rumsey, OPHC, Department of Health and Community Services
Heather White, Department of Health and Community Services & Memorial University

Nouvelle-Écosse

Merv Ungurain, Department of Health

Ontario

William Hogg, Department of Family Medicine, University of Ottawa
Ingrid LeClaire, Primary Care Project, University of Ottawa
Jacques Lemelin, Department of Family Medicine, University of Ottawa
Nancy Molson, Primary Care Project, University of Ottawa
Jackie Shultz, Department of Family Medicine, University of Ottawa
Eileen Vilis, Department of Family Medicine, University of Ottawa

Manitoba

Kristin Anderson, Manitoba Health
Susan Crockett, NOR-MAN Regional Health Authority
Flo Frank, Common Ground Resource Group
Margot Gray, NOR-MAN Regional Health Authority
Fiona Jeffries, Parkland Regional Health Authority
Darby Johnson
Betty Kozak, Assiniboine Regional Health Authority
Liz Loewen, Winnipeg Regional Health Authority
Lesla Nordick
Cheryl Osborne, Parkland Regional Health Authority
Colleen Rand, Winnipeg Regional Health Authority
Rick Sapacz, Primary Health Care Branch, Manitoba Health & Community Services

Saskatchewan

Nandita Chaudhuri, PHSB, Saskatchewan Health
Kathleen Filipowich, Five Hills Health Region
Lydia Franc, Community & Primary Health Development, Prince Albert Parkland Health Region
Tammy Hankel, Heartland Health Region
Megan Jones, Saskatchewan Health
Vivian Krakowski, Primary Health Care Branch, Saskatchewan Health
Chris Mayhew, Primary Health, Saskatoon Health Region
Gary Nolin, Primary Health Care, Prairie North Health Region
Eunice Patterson, Primary Health Care Branch, Saskatchewan Health
Vivian R. Ramsden, Department of Academic Family Medicine, University of Saskatchewan
Gill White, Department of Academic Family Medicine, University of Saskatchewan

Alberta

Kelly Holmes, Alberta Health and Wellness

Doug Stich, Toward Optimized Practice

Crispin, Kontz, Primary Care Division, Capital Health

JoAnn Beckie, Primary Care Division, Capital Health

Colombie-Britannique

Lynda Anderson, Northern Health

Alice Domes, Northern Health

Trevor Hancock, Ministry of Health

Joanne Houghton, Northern Health

Judy Huska, Northern Health

Deborah Lewis, Northern Health

Angela Micco, Primary Health Care, Ministry of Health

Howard Platt, Primary Health Care, Ministry of Health

Joyce Resin, Healthy Heart Society

Valerie Tregallis, Primary Care & Chronic Disease Management, Ministry of Health

Shannon Turner, Health Promotion & Clinical Prevention, Vancouver Island Health Authority

Georges Fettes, Ministry of Health

Chris Rauscher, Ministry of Health

Yukon

Lucienne Wright, Health and Social Services, Yukon Government

GLOSSAIRE

Responsabilité - La possession de responsabilités conférées, jointes à une obligation de se rapporter à une autorité supérieure sur la décharge de ces responsabilités et sur les résultats obtenus. (Treasury Board, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador (2000) *Achieving excellence*).

Meilleures pratiques - Des approches qui ont prouvé qu'elles donnaient des résultats supérieurs, sélectionnées par un processus systématique et jugées comme étant « exemplaires », « bonnes » ou « qui portent fruit » et qui sont ensuite adaptées pour servir une organisation en particulier. (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2002. *Achieving Improved Measurement (Glossaire)*, Ottawa. ON.

Développement des capacités - Ce terme implique l'amélioration des capacités des individus et des groupes à mobiliser et à développer leurs ressources, leurs compétences et leurs engagements pour atteindre des buts communs.

Patient/client - Lorsqu'un individu entre dans le système de santé, il ou elle est défini comme étant un patient ou client, selon la vision du prestataire de soins de santé à son égard, (par exemple, pour le médecin il s'agit d'un patient mais pour le travailleur social c'est un client). Dans le domaine de la santé communautaire, les familles, les groupes ou la communauté elle-même peuvent être des clients.

Capacité de la communauté - Ce terme se rapporte à la capacité des membres de la communauté à utiliser les forces des résidents, associations et institutions pour améliorer la qualité de vie. Chaque communauté dispose d'une variété d'atouts uniques qui reflètent les caractéristiques propres à sa population, ses structures politiques et sa géographie. (*Mental Health Promotion Tool Kit: A practical resource for community initiatives*, Canadian Mental Health Association, 1999).

Développement de la communauté - Un processus de partenariat entre les membres ou des groupes de la communauté, pour renforcer les atouts de la communautés, son auto-suffisance, son bien-être et pour résoudre les problèmes. Ce processus permet à la communauté de prendre des décisions, de planifier, de concevoir et de mettre en oeuvre des stratégies pour être plus en santé. (B. Haen & R. Labonte, 1990).

Continuité - La livraison continue de services qui sont coordonnés à la fois dans un programme ou organisme et entre eux ainsi que durant la transition entre les niveaux de services, dans le continuum et dans le temps. (*Achieving Improved Measurement*, Canadian Council on Health Services Accreditation [Ottawa: 2002], glossary).

Continuum de soins - Une gamme complète de services flexibles et efficaces qui vont des soins institutionnels jusqu'aux soins à domicile ou dans la communauté. (*21st Century: A new vision for health care*, McGill University Health Centre [Montreal: 1997]).

Continuum de services - Un système intégré et continu de situations, services, prestataires, et niveaux de service, pour répondre au besoin des clients d'une population définie. Il

comprend les éléments suivants : auto-gestion des soins, prévention et promotion, soins et service de courte durée, soins et services de longue durée, réhabilitation et soutien. (Canadian Council on Health Services Accreditation 5CCHSA) 2002 Achieving improved Measurement (Glossaire) Ottawa, Ontario)

Déterminants de la santé - Ensemble de facteurs qui contribuent à l'état de santé et au bien-être de la population ou des individus. Ce sont des facteurs tels que : le revenu et le niveau social, le réseau de soutien social, l'éducation, les services de santé, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement physique, les antécédents biologiques et génétiques, les pratiques personnelles de santé et les habiletés à gérer différentes situations et enfin la santé et le développement de l'enfant. (Federal, Provincial, and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1994).

Prise de décisions basée sur les preuves scientifiques - C'est la considération consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves disponibles dans la prestation des soins de santé. (adapté de l'Association des infirmiers /ères du Canada (1998) Déclaration des politiques sur les prises de décision basées sur les preuves scientifiques et pratiques des infirmiers)

Facilitation - Le rôle du facilitateur est de mettre à disposition des qualités de leadership et de fournir conseil et soutien. La flexibilité du rôle permet au facilitateur de s'adapter aux exigences sans cesse fluctuantes des membres de l'équipe des soins de santé primaires, équipe composée d'individus résidant dans les communautés, faisant partie d'organismes et d'un environnement au sein desquels les Soins de Santé Primaires sont fournis.

Promotion de la santé - Processus de soutien actif permettant aux gens d'accéder à un contrôle plus élevé pour maintenir et améliorer leur santé (World Health Organization, 1998).

- Processus permettant aux personnes d'avoir plus de contrôle sur leur santé et de l'améliorer. Pour atteindre un état de bien-être physique, mental et social, un individu ou un groupe de personnes doit avoir la capacité d'identifier et de réaliser ses aspirations, de satisfaire ses besoins et de changer ou de faire face à l'environnement. La santé est alors une ressource de la vie quotidienne et non un objectif de vie. La santé est un concept positif qui met en relief les ressources personnelles et sociales aussi bien que les capacités physiques. Par conséquent la promotion de la santé ne relève pas simplement du secteur de santé, mais va au-delà des styles de vie sains pour atteindre le bien-être. (Ottawa Chartre de la promotion de la santé, 1986) First International Conference on Health Promotion, Ottawa)
- S'intéresse à maximiser la participation individuelle et communautaire dans l'amélioration et la protection de leur qualité de vie et de leur bien-être. La promotion de la santé vise à aborder l'égalité en santé, les risques, les environnements viables et favorables à la santé, et la prise de contrôle individuelle et communautaire en contribuant à des politiques saines, en encourageant le développement des compétences et de l'éducation. (*Mental Health Promotion Tool Kit: A practical resource for community initiatives*, Canadian Mental Health Association, 1999).

Modèle interdisciplinaire des soins de santé primaires - Une approche à la prestation des soins de santé primaires qui met en évidence la prestation coordonnée et complète des soins de santé primaires de manière continue et accessible à toute une population définie par le biais des responsabilités partagées et l'imputabilité des médecins et de tout autre prestataire de soins de santé primaires. (Adapté du Groupe de Travail sur les modèles interdisciplinaires de soins primaires, Comité de Conseil des Praticiens Interpersonnels (AGPI) Modèles de soins primaires interdisciplinaires : rapport final)

Collaboration intersectorielle - Un lien intersectoriel, reconnu officiellement, entre les différentes parties de la société, constitué dans le but de prendre les mesures voulues pour régler efficacement les problèmes de santé de manière à atteindre des résultats viables, ce qui serait difficile pour le secteur de santé par lui-même. (*Health Promotion*, World Health Organization, 1998, glossary).

Leadership - Processus qui s'efforce de concentrer et focaliser l'effort collectif et permet à un groupe structuré d'atteindre ses objectifs. (Jacobs and Jacaues, 1990. Rauch and Behling 1984).

Gestion/Traitement - L'action, l'art pour contrôler et mener les affaires et la manière adroite et judicieuse des moyens pour arriver à un but déterminé. (Conseil du Trésor, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador (2000) *Achieving Excellence*).

Mesure de la performance - Processus systématique permettant à un organisme de dépister, de gérer et de rapporter les progrès pour atteindre les buts stratégiques et objectifs. L'évaluation des performances se concentre sur les résultats quantitatifs et qualitatifs dont un organisme a besoin pour atteindre sa mission et ses buts et pour observer les résultats à atteindre au regard de ceux déjà atteints. (*Achieving Excellence*, Treasury Board, Government of Newfoundland and Labrador [St. John's: 2000]).

Approche de la santé de la population - Une façon de voir la santé et les services et une approche pour les gérer, qui met l'emphase sur les besoins d'un groupe donné dans son ensemble, et sur les facteurs qui contribuent et déterminent l'état de la santé. Une approche de la santé basée sur la population facilite l'intégration des services à travers le continuum. (Conseil Canadien de l'Accréditation des Services de Santé (CCHSA) (2002) *Achieving Improved Measurement* (Glossaire) Ottawa. Ontario).

Soins primaires - Le premier point de contact avec le système de santé offert principalement par les médecins généralistes (comprend les visites à la clinique, aux services d'urgences, et les visites à domicile) Les soins primaires fonctionnent dans le cadre plus élargi des soins de santé primaires. (Report of the Primary Care Advisory Committee : The family Physicians's role in a Continuum of Care Framework for Newfoundland and Labrador, 2001)

Soins de santé primaires - Le premier point de contact avec les gens qui prennent des mesures visant à améliorer la santé d'une communauté. Les soins de Santé primaire sont une partie essentielle des soins de santé à un coût abordable pour le pays et la communauté. Ils proposent des méthodes pratiques, scientifiquement prouvées, viables et socialement acceptables. (OMS 1998 (a/b Health Promotion Glossary))

Équipe de soins de santé primaires - Un groupe de personnes qui partagent un but et des objectifs communs, déterminés selon les besoins de la communauté et auquel chacun contribue ses accomplissements, avec coordination et selon ses compétences et ses habiletés tout en se respectant mutuellement. (World Health Organization, 1985).

Santé publique - C'est un concept social et politique qui vise l'amélioration de la santé, la prolongation de la vie et l'amélioration de la qualité de vie parmi toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, des maladies, et autres formes d'interventions du domaine de la santé. (*Health Promotion*, World Health Organization, 1998).

Champ d'activités - L'étendue de la pratique d'une occupation fait référence à l'éventail d'activités que peut entreprendre un praticien qualifié d'une occupation donnée. Il établit les limites d'une occupation en particulier vis-à-vis d'une autre où des activités similaires peuvent être exécutées. Le champ d'activités d'une occupation peut être déterminé par le biais de dispositions législatives ou par le biais de réglementations internes d'un organisme de réglementation. (Glossary of terms, HRDC, 2002).

Soins auto-administrés - Les décisions et les actions prises par une personne qui affronte des défis/soucis de santé de manière à y faire face et à améliorer sa santé. (Enhancing Health Services In Remote and Rural Communities of British Columbia, 1999) Amélioration des Services de Santé dans Les Régions Eloignées et les Communautés Rurales en Colombie Britannique)

Soins secondaires - Le premier niveau de soins spécialisés qui nécessite un diagnostic plus subtil, des procédures de diagnostic plus compliquées et qui est en général offert dans les hôpitaux (Services de santé et communautaires du Nouveau Brunswick. Révision du Service de Santé : Rapport du Comité 1998).

Télesanté - Les efforts combinés de l'utilisation des télécommunications, de la technologie de l'information et des services de l'éducation de la santé pour améliorer l'efficacité et la qualité du service de santé (Santé Canada, Glossaire 2001)

Soins tertiaires - Sous-spécialité de soins qui exigent un haut niveau de soins aigus hospitaliers (Services de santé et communautaires du Nouveau Brunswick. Révision du Service de Santé : Rapport du Comité 1998)

Références

- ¹ 1. AJ Dietrich, GT O'Connor, A Keller, PA Carney, D Levy, FS Whaley. Cancer: improving early detection and prevention. A community practice randomised trial. *BMJ*. 1992 Mar 14;304(6828) :687-691.
- ² 2. M Wensing & R Grol. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: A literature review. *Int J Qual Health Care*. 1994 Jun;6(2) :115-132.
- ³ 3. G Fowler, E Fullard, M Gray. Facilitating prevention in primary care. *BMJ*. 1992 May 2;304(6835):1177.
- ⁴ 4. E Fullard, G Fowler, M Gray. Promoting prevention in primary care: controlled trial of low technology, low cost approach. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Apr 25;294(6579):1080-1082.
- ⁵ 5. E Fullard et al. *Guidelines for Family Health Services Authorities and Health Authorities on the appointment of primary care facilitators*. Oxford, UK: The National Facilitation Development Project. 1991.
- ⁶ 6. National Facilitator Development Project. *Primary care facilitator's handbook*. Oxford, UK: National Facilitator Development Project. 1993.
- ⁷ 7. D Raphael, ed. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc. 2004.
- ⁸ 8. World Health Organization. *Social determinants of health: The solid facts, 2nd ed.* (R Wilkinson, M Marmot, eds.). Copenhagen, DK: WHO EURO Non-serial Publication, 2003.
- ⁹ 9. S Lewis. *Moving forward with primary health care*. Winnipeg, MN: Conference Synthesis Paper, 2004.
- ¹⁰ 10. World Health Organization & Unicef. *Alma-Ata 1978: Primary health care*. Geneva, Switzerland: Author. 1978.
- ¹¹ 11. NA Vanselow, MS Donaldson, KD Yordy. From the Institute of Medicine. *JAMA*. 1995 Jan 18;273(3):192
- ¹² 12. World Health Organization. *Ottawa Charter for health promotion*. Ottawa, ON: Author. Retrieved on February 1, 2004 from www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html. 1986.
- ¹³ 13. Health Canada. *Canada's Health Care System: What Happens First (Primary Health Care Services)*. Retrieved on November 20, 2006 from http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2005-hcs-sss/del-pres_e.html#1.

¹⁴ C Rauscher. *Chronic disease management through quality improvement: A discussion paper*. Vancouver, BC: Western Healthcare Improvement Network. Retrieved on November 21, 2006 from <http://www.whin.org/publications.asp>. p. 4.

¹⁵ Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Strategies for population health: Investing in the health of Canadians*. Retrieved on July 29, 2006 from http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/e_strateg.pdf. 1994.

¹⁶ National Primary Health Care Awareness Strategy. *Fact sheet: Primary health care*. Retrieved on November 21, 2006 from http://www.phc-ssp.ca/pdf_files/NPHCAS-FactSheet_EN.pdf.

¹⁷ R Curry, J Hollis. An evolutionary approach to team working in primary care. *Br J Community Nurs*. 2002 Oct;7(10):520-527.

¹⁸ JR Katzenbach, DK Smith. *The wisdom of teams: Creating the high performance organization*. New York, NY: HarperBusiness. 1994.

¹⁹ Saskatchewan Health. *Team development and implementation in Saskatchewan's primary health care sector*. Retrieved on July 24, 2006 from www.health.gov.sk.ca/ps_phs_teamdev.pdf. 2004.

²⁰ J Lemelin, W Hogg, N Baskerville. Evidence to action: A tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *CMAJ*. 2001 Mar 20;164(6):757-763.

²¹ VR Ramsden, V Campbell, B Boechler, J Blau, Y Berscheid. Strategies to stroke prevention: Nurse facilitation. *Concern*. 1994 Dec;23(6):22-23.

²² BA Reeder, VR Ramsden, A Shuaib, R Webb, SG Smith, GN White, R Knaus, 1994 (June). The Saskatchewan Clinical Stroke Prevention Project: Design. *Health Reports*. 1994;6(1):166-170.

²³ NB Baskerville, W Hogg, J Lemelin. Process evaluation of a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns improving preventive care. *J Fam Pract*. 2001 Mar;50(3):W242-9.

²⁴ ME Hulscher, M Wensing, T van Der Weijden, R Grol. Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD000362.

²⁵ RJ Romanow. *Building on values: The future of health care in Canada - Final Report*. Saskatoon, SK: Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002.

²⁶ LA Bero, R Grilli, JM Grimshaw, E Harvey, AD Oxman, MA Thomson. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*. 1998 Aug 15;317(7156):465-468.

²⁷ W Hogg, N Baskerville, J Lemelin. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: Cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res*. 2005 Mar 9;5(1):20.

²⁸ R Bacal. *The role of the facilitator: Understanding what facilitators really do!* Retrieved on November 21, 2006 from <http://www.iaf-world.org/i4a/pages/Index.cfm?pageid=3291>.

²⁹ LI Solberg, TE Kottke, ML Brekke, S Magnan, G Davidson, CA Calomeni, SA Conn, GM Amundson, AF Nelson. Failure of a continuous quality improvement intervention to increase the delivery of preventive services. A randomized trial. *Eff Clin Pract*. 2000 May-Jun;3(3):105-115.

³⁰ P Wilson. *The facilitative way: Leadership that makes a difference*. Shawnee Mission, KS: Team Tech Press. 2003.

³¹ I Bens. *Advanced facilitation strategies: Tools and techniques to master difficult situations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2005.

³² F Champagne. *The ability to manage change in healthcare organizations*. Discussion Paper No. 39 submitted to the Commission on the Future of Health Care in Canada. Montreal, QC: University of Montreal. 2002.

³³ J Manion. *From management to leadership: Interpersonal skills for success in health care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1998.

³⁴ R Grol, M Wensing, M Eccles. *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. New York, NY: Elsevier Butterworth Heinemann. 2005. p. 16.

³⁵ WR Miller, S Rollnick. *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd Ed.). New York, NY: The Guilford Press. 2002.

³⁶ JO Prochaska, JC Norcross, CC DiClemente. *Changing for good: The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York, NY: W Morrow. 1994.

³⁷ JO Prochaska, WF Velicer. *A primer on stages of change*. Lawrence, Kan: American Journal of Health Promotion in conjunction with National Wellness Association. 1997.

³⁸ JO Prochaska, CC DiClemente. *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger Pub. 1984.

³⁹ JO Prochaska, JC Norcross. Stages of change. *Psychotherapy*. 2001;38(4):443-448.

⁴⁰ VR Ramsden. *Enhancing wellness model: Participatory development of an individualized wellness/health promotion program based on the integration of story-telling and the health history*. Doctoral Dissertation, University of Saskatchewan. 2004.

⁴¹ University of Rhode Island. *Cancer Prevention Research Centre: Measures*. Retrieved on November 25, 2006 from www.uri.edu/research/cprc/measures.htm.

⁴² Saferpak. *The Shewhart Cycle - The Deming Wheel - Plan-Do-Check-Act*. Retrieved on November 25, 2006 from <http://www.saferpak.com/pdsa.htm>.

⁴³ EM Rogers. *Diffusion of innovations, 5th ed.* New York, NY: The Free Press. 2003.

⁴⁴ J Meyer. Using qualitative methods in health-related action research. In, *Qualitative Research in Health Care, 2nd ed.* (C Pope & N Mays, eds.). London, UK: BMJ Books, 2000.

⁴⁵ EDucate! A quarterly on education and development. Glossary: Praxis. Retrieved on November 25, 2006 from <http://www.sef.org.pk/educatewebsite/educate2fol/glosiconedu2.asp>.

⁴⁶ MQ Patton. *Qualitative evaluation & research methods, 2nd ed.* Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.

⁴⁷ T Bentley. *Facilitation: Providing opportunities for learning*. London, UK: McGraw Hill. 1994.

⁴⁸ M Leininger. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In, *Critical Issues in Qualitative Research Methods* (JM Morse, ed.). Thousand Oakes, CA: Sage Publications Inc. 1994.

⁴⁹ YS Lincoln, EG Guba. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc. 1985.

⁵⁰ D Davies, J Dodd. Qualitative research and the question of rigor. *Qual. Health Res.* 2002;12(2):465-468.

⁵¹ K Shojania, J Grimshaw. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jan-Feb;24(1):138-50.

⁵² D Harvey, M McDonald, B Riley. *Canadian Cancer Society Manitoba Division (CCS) Knowledge Exchange Network (KEN)*. 96th Annual Conference of the Canadian Public Health Association: Mapping the Future of Public Health: People, Places and Policies. Ottawa, ON: September 18-21, 2005. Abstract.

- ⁵³ D Davis, M Evans, A Jadad, L Perrier, D Rath, D Ryan, G Sibbald, S Straus, S Rappolt, M Wowk, M Zwarenstein. The case for knowledge translation: Shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003 July 5;327:33-35.
- ⁵⁴ S Manske, C Lovato, S Leatherdale, D Murnaghan, MA Jolin. *The school health action, planning and evaluation system (SHAPES)*. 96th Annual Conference of the Canadian Public Health Association: Mapping the Future of Public Health: People, Places and Policies. Ottawa, ON: September 18-21, 2005. Abstract.
- ⁵⁵ Health Quality Council Saskatchewan. *The model for improvement - PDSA cycles*. Retrieved on November 25, 2006 from <http://www.hqc.sk.ca>.
- ⁵⁶ L R Bronstein. A model for interdisciplinary collaboration. *Soc Work*. 2003 Jul;48(3):297-306.
- ⁵⁷ World Health Organization. *Basic Epidemiology* (R Beaglehole, R Bonita, T Kjellström, eds.). Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1993.
- ⁵⁸ G Egger, R Spark, R Donovan. *Health promotion strategies and methods*. New South Wales, Australia: McGraw Hill. 2005.
- ⁵⁹ P Puska, J Tuomilehto, A Nissinen, E Vartiainen. *The North Karelia project: 20 year results and experiences*. Helsinki, Finland: Helsinki University Printing. 1995.
- ⁶⁰ JM Last. *A dictionary of epidemiology, 4th ed*. New York NY: Oxford University Press, Inc. 2001.
- ⁶¹ G Rose. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, UK: Oxford University Press. 1992.
- ⁶² S Stenchenko. Preventive guidelines: Their role in clinical prevention and health promotion. In, *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, eds. Ottawa, ON: Health Canada. 1994.
- ⁶³ Public Health Agency of Canada. *Implementing the population health approach*. Retrieved on November 25, 2006 from http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/implement/implementation.html#health_pro.
- ⁶⁴ Public Health Agency of Canada. *Population health approach*. Retrieved on November 25, 2006 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/>.
- ⁶⁵ JM Caccamo. Sharing the vision: healthy, achieving students what can schools do? *J Sch Health*. 2000 May;70(5):216-218.

- ⁶⁶ Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Key Definitions*. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.ctfphc.org/>.
- ⁶⁷ National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Module 13: Levels of Disease Prevention. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.cdc.gov/excite/skincancer/mod13.htm>.
- ⁶⁸ T Hancock. *Challenges in implementing clinical prevention*. Victoria, BC: Population Health and Wellness, Ministry of Health Services, British Columbia. 2004.
- ⁶⁹ Health Canada. *First Nations and Inuit Tobacco Control Strategy: Building best practices with community* (VR Ramsden, B Beatty, eds.). Ottawa, ON: Health Canada. 2002.
- ⁷⁰ VR Ramsden, AJ Cave. Participatory Methods to Facilitate Research. *Can Fam Physician*. 2002;48:548-549, 553-554.
- ⁷¹ VR Ramsden, Transition to an Integrated Primary Health Services Model Research Team (GN White, PR Butt, E Korchinski, H Albert, E Baptiste, G Braun, E Calder, J Crowe, MP Dressler, P Ferguson, A Fineday, D Fineday, D Fisher, L Francis, C Gamble, S Hunt, M Jackson, K Hay, GJ Laliberte, M Michaels, D Morales, C Popadyne, S Wolfe and the Department of Family Medicine), AJ Cave, 2003 (February). Learning with the Community - Evolution to Transformative Action Research. *Can Fam Physician*. 2003 Feb;49:195-197, 200-202.
- ⁷² Peter Ballantyne Cree Nation Health Inc in collaboration with VR Ramsden, PR Butt, MP Dressler, S Woods, B Beatty, D Ballantyne, R Budd, M Cook, K Custer, S Custer, S Custer, T Dumais, D Dusterbeck, M Linklater, L Michel, V McCallum, C Merasty, D Sinclair, A Weber-Beeds and D Fisher. *Working with Northern Aboriginal Communities through Transformative Action Research: The Peter Ballantyne Cree Nation Health Inc and the Department of Family Medicine, University of Saskatchewan's Experience on the Health Transfer Evaluation Project*. CASTS Conference, Saskatoon, SK: September 18-20, 2003. Abstract.
- ⁷³ M Bopp, J Bopp. *Recreating the world: A practical guide to building sustainable communities*. Calgary, AB: Four Worlds Press. 2001.
- ⁷⁴ World Health Organization. *Community involvement in health development: A review of the concept and practice* (H. M. Kahssay & P. Oakley, Eds.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁷⁵ AC Macaulay, LE Commanda, WL Freeman, N Gibson, ML McCabe, CM Robbins, PL Twohig. Participatory research maximises community and lay involvement. North American Primary Care Research Group. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):774-778.

- ⁷⁶ J Vanderwal. Arnstein's Ladder of Participation (adapted). Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.interchange.ubc.ca/plan/thesis/vanderwal/chap3.htm#fig31>.
- ⁷⁷ International Association for Public Participation (IAP2). IAP2 Public Participation Spectrum. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.iap2.org/associations/4748/files/spectrum-web.gif>.
- ⁷⁸ C Rissel. Empowerment: The holy grail of health promotion. *Health Promot Int*. 1994;9:39-47.
- ⁷⁹ World Health Organization. *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2002.
- ⁸⁰ C Moustakas. *Being-In, Being-For, Being-With*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc. 1995.
- ⁸¹ R Chambers. *Rural development: Putting the last first*. Edinburgh Gate, England: Addison Wesley Longman Ltd. 1983.
- ⁸² International Institute for Environment and Development. *Participatory Learning and Action (50) - Critical reflections, future directions* (R Chambers, N Keaton, H Ashley, eds.). London, UK: International Institute for Environment and Development.
- ⁸³ Building a Better Tomorrow Initiative (BBTI): An Atlantic Provincial Primary Health Care Initiative. Building community relationships: Four levels of partnership. Retrieved on November 26, 2006 from http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/bbt_module/bbt_Building_Community_Relationships.pdf.
- ⁸⁴ J Mezirow & Associates. *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers. 2000.
- ⁸⁵ Improving Chronic Illness Care (ICIC). *The Chronic Care Model*. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html>.
- ⁸⁶ EH Wagner, BT Austin, C Davis, M Hindmarsh, J Schaefer, A Bonomi. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
- ⁸⁷ Government of British Columbia. Expanded Chronic Care Model. Retrieved on November 26, 2006 from http://www.health.gov.bc.ca/cdm/cdmnbc/chronic_care_model.html.
- ⁸⁸ Saskatchewan Health. *Guidelines for the development of a Regional Health Authority plan for primary health care services*. Regina, SK: Primary Health Services, Saskatchewan Health. 2003. Retrieved on November 26, 2006 from http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/phs_pub_guidelines_%20for_dev.pdf.

⁸⁹ Pew Health Professionals Commission. *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: A model curriculum and resource guide*. Pew Health Professions Commission and the California Primary Care Consortium. January, 1995. Retrieved on November 26, 2006 from <http://futurehealth.ucsf.edu/compubs.html>.

⁹⁰ TJK Drinka, PG Clark. *Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching*. Westport, CT: Auburn House Pub Co. 2000.

⁹¹ Government of Newfoundland and Labrador. *Newfoundland and Labrador teams working group*. St. John's, NL: Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services. 2006

⁹² P Baguley. *Teach Yourself Teams and Team-Working*. London, UK: Hodder and Stoughton. 2003.

⁹³ Saskatchewan Health. *Developing high performance teams for the Saskatchewan primary health care project: Train the trainer workbook*. Regina, SK: Developed for Saskatchewan Health by Centre for Strategic Management & Med-Emerg International Inc. 2003.

⁹⁴ R Schwarz, A Davidson, P Carlson, S McKinney. *The skilled facilitator fieldbook: Tips, tools and tested methods for consultants, facilitators, managers, trainers and coaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2005.

⁹⁵ Government of Newfoundland and Labrador. *Scope of practice working group*. St. John's, NL: Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services. 2004.

⁹⁶ L Thomas, N Cullum, E McColl, N Rousseau, J Soutter, N Steen. Guidelines in professions allied to medicine. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1999, Issue 1. Art. No.: CD000349. DOI: 10.1002/14651858.CD000349. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000349/frame.html>.

⁹⁷ Saskatchewan Health. *Saskatchewan Action Plan for Primary Health Care*. Regina, SK: Saskatchewan Health. 2002. Retrieved on November 26, 2006 from http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/phs_action_plan_for_primary_health_care.pdf.

⁹⁸ Canadian Nurses Association & Canadian Medical Association. *Working together: A joint CNA/CMA collaborative practice project - HIV/AIDS Example [Background paper]*. Ottawa, ON: Canadian Medical Association & Canadian Nurses Association. 1996. Retrieved on November 26, 2006 from http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/19733/la_id/1.htm#ref36.

⁹⁹ P Hall. Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers. *Journal of Interprofessional Care*. May 2005 May;19(Suppl. 1):188-196.

¹⁰⁰ TF Gieryn. Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*. 1983;6(48):781-795.

¹⁰¹ HG Petrie. Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry. *Journal of Aesthetic Education*. 1976 Jan;10(1):29-43.

¹⁰² J Gilbert. Interdisciplinary Learning and Higher Education Structural Barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2005 May;19(Suppl. 1):87-106.

¹⁰³ Y Steinert. Learning together to teach together: Interdisciplinary Learning and Faculty Development. *Journal of Interprofessional Care*. May 2005 May;19(Suppl. 1):60-75.

¹⁰⁴ J Mezirow & Associates. *Fostering critical reflection in adulthood: A guide to transformative and emancipatory learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers. 1990.

¹⁰⁵ Atlantic Primary Health Care Initiative. Building a Better Tomorrow. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/building.htm>.

¹⁰⁶ RW Swanson, VR Ramsden. Advanced Cardiac Life Support: A Survey of Interprofessional Attitudes. *Heart and Lung: The Journal of Critical Care*. 1988 May;17(3):254-255.

¹⁰⁷ P Freire. *Pedagogy of the oppressed*. New York, NY: The Seabury Press. 1972.

¹⁰⁸ J Marshall, D Chigarire, H Francisco, A Gonçalves, L Nhantumbo. *Training for Empowerment*. Toronto, ON: International Council for Adult Education. 1990.

¹⁰⁹ S Burns, C Bulman. *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner, 2nd ed*. Malden, MA: Blackwell Science. 2000.

¹¹⁰ R Wilson, J Dorland (eds.). *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators*. Montreal, QC: McGill-Queen's University Press. 2004.

¹¹¹ Government of Newfoundland and Labrador. *Physician payment model*. St. John's, NL: Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services. August 2006.

¹¹² A Battcock. *Telehealth presentation*. Health Telematics Unit, University of Calgary. Calgary, AB: The Health Telematics Unit, University of Calgary. http://www.fp.ucalgary.ca/telehealth/What_Is_Telehealth.htm

¹¹³ A Battcock. *Canada Health Infoway*. St. John's, NL: Telehealth presentation <http://www.infoway-inforoute.ca/en/WhatWeDo/TeleHealth.aspx>

¹¹⁴ A Battcock. *Telehealth presentation*. St. John's, NL: Telehealth presentation.

¹¹⁵ WONCA. *International classification for primary care - ICPC2*. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/sensi.html>.

¹¹⁶ Government of Newfoundland and Labrador. *Healthier together: A strategic health plan for Newfoundland and Labrador*. St. John's, NL: Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services. 2002. Retrieved on November 26, 2006 from <http://www.health.gov.nl.ca/health/strategiehealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf>.

¹¹⁷ Health Canada. *Best Advice on Stress Risk Management in the Workplace - Part 1*. Retrieved on November 26, 2006 from http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/occup-travail/work-travail/stress-part-1/stress-part-1_e.pdf



Health Canada Santé Canada



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university



UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN

