

VOICI LES FAITS

DES RECHERCHES APPUYÉES PAR LES IRSC CONTRIBUENT À CRÉER UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE HAUTE QUALITÉ, ACCESSIBLE ET VIABLE

Depuis plus de dix ans, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) appuient certains des plus grands chercheurs en santé à l'échelle mondiale en vue d'améliorer la santé et le mieux-être de la population canadienne par la recherche. La recherche et les chercheurs financés par les IRSC procurent de meilleurs soins, des diagnostics précoces, une amélioration de la qualité de vie et des économies.



Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Canada



À titre d’organisme du gouvernement du Canada chargé d’investir dans la recherche en santé, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) aident à la création de données probantes qui permettent d’améliorer les traitements, la prévention et les diagnostics, et qui mènent à de nouveaux produits et services, ainsi qu’à un système de santé renforcé et axé sur le patient. Formés de 13 instituts reconnus à l’échelle internationale, les IRSC soutiennent des chercheurs et des stagiaires en santé partout au Canada.

www.irsc-cihr.gc.ca

INTRODUCTION

VOICI LES FAITS

TOUT UN CONTRAT : MAINTENIR L’UN DES EFFECTIFS LES PLUS PRÉCIEUX DU MONDE EN SÉCURITÉ ET EN SANTÉ

SOUTIEN EN RÉGION RURALE : UN NOUVEAU MODÈLE DE PRESTATION DES SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE

RÉSULTATS « EPIQ » : RECONFIGURER LES SOINS NÉONATALS POUR RÉDUIRE LES DÉCÈS ET L’INVALIDITÉ CHEZ LES BÉBÉS PRÉMATURÉS

VOICI D’AUTRES VOIES D’EXPLORATION

PROCHAINES INITIATIVES DE RECHERCHE À L’APPUI D’UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE HAUTE QUALITÉ, ACCESSIBLE ET VIABLE

VOICI COMMENT NOUS SUIVRE

TROISIÈME NUMÉRO DE *VOICI LES FAITS*

Qu'est-ce qui caractérise un système de soins de santé solide et durable? L'attention portée aux patients et à leur famille; le recours à des traitements éprouvés, efficaces et à moindre coût; le souci du bien-être des professionnels de la santé; la volonté de recueillir et d'utiliser les données probantes issues de la recherche pour améliorer la prestation des services.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont l'organisme du gouvernement du Canada chargé d'investir dans la recherche en santé. Les IRSC appuient la recherche proposée par les chercheurs, en plus d'établir des priorités d'investissement stratégique afin de relever les principaux défis liés à la santé et au système de santé. Les IRSC ont articulé cinq priorités nationales pour la recherche en santé :

- axer davantage les soins sur le patient et améliorer les résultats cliniques par des innovations scientifiques et technologiques;
- soutenir un système de soins de santé de haute qualité, accessible et viable;
- réduire les disparités en santé chez les Autochtones et les autres populations vulnérables;
- prévenir et contrer les menaces existantes et nouvelles en santé mondiale;
- promouvoir la santé et alléger le fardeau des maladies chroniques et mentales.

Voici les faits met en évidence certaines des données produites par les chercheurs en santé canadiens en réponse aux défis susmentionnés. Dans le présent numéro, nous faisons état des progrès de plusieurs chercheurs qui travaillent au soutien d'un système de soins de santé de haute qualité, accessible et viable. Au Canada et à l'étranger, leurs recherches font avancer les choses. Les articles du présent numéro traitent des sujets suivants :

- un nouvel outil pour protéger les travailleurs de la santé dans les pays en développement contre l'exposition en milieu de travail aux maladies infectieuses et à d'autres menaces pour la santé;
- un programme innovateur qui a profondément transformé le modèle de prestation de services utilisé pour le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence dans les collectivités rurales;
- une nouvelle approche pour l'amélioration systématique de la qualité des soins offerts aux nouveau-nés admis dans des unités néonatales de soins intensifs.

Ces projets de recherche financés par les IRSC ont rendu possible :

- **UNE RÉDUCTION DE 30 % DES INFECTIONS NOSOCOMIALES;**
- **LE DÉVELOPPEMENT D'UN MODÈLE DE SOINS UTILISÉ À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE;**
- **L'ADOPTION D'UN OUTIL POUR PROTÉGER LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ;**
- **L'ÉTABLISSEMENT DE PLANS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT POUR LA DÉMENCE EN UN JOUR PLUTÔT QU'EN UN AN.**

TOUT UN CONTRAT : MAINTENIR L'UN DES EFFECTIFS LES PLUS PRÉCIEUX DU MONDE EN SÉCURITÉ ET EN SANTÉ

Un nouvel outil pour protéger les travailleurs de la santé

EN BREF

QUI : D^{re} ANNALEE YASSI, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

QUESTION : LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ COURENT CHAQUE JOUR LE RISQUE D'ÊTRE EXPOSÉS À DES AGENTS BIOLOGIQUES QUI CAUSENT LA MALADIE ET LA MORT. LES NORMES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS VARIENT BEAUCOUP ET, AUJOURD'HUI, LA TUBERCULOSE RÉSISTANTE AUX MÉDICAMENTS REPRÉSENTE UNE MENACE DE TAILLE POUR LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.

PROJETS : LA D^{re} YASSI DIRIGE PLUSIEURS PROJETS DE RECHERCHE ET ACTIVITÉS D'APPLICATION DES CONNAISSANCES VISANT À AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES INFECTIONS EN AMÉRIQUE DU NORD, EN AMÉRIQUE CENTRALE, EN AMÉRIQUE DU SUD ET EN AFRIQUE, Y COMPRIS L'ÉLABORATION DE PROGRAMMES POSTDOCTORAUX SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS EN ÉQUATEUR ET UNE INITIATIVE QUINQUENNALE APPUYÉE PAR LES IRSC VISANT À RÉDUIRE LE FARDEAU DE LA CO-INFECTION TUBERCULOSE-VIH CHEZ LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ EN AFRIQUE DU SUD.

LES FAITS : LA D^{re} YASSI ET SES COLLÈGUES ONT MIS AU POINT UN OUTIL DE SURVEILLANCE WEB APPELÉ OHASIS (OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY INFORMATION SYSTEM [SYSTÈME DE RENSEIGNEMENTS EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL]) POUR CONSIGNER LES INCIDENTS, LES EXPOSITIONS, LES FACTEURS DE RISQUE, L'IMMUNISATION, LES BLESSURES ET LES MALADIES DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ. L'ÉQUIPE A ÉGALEMENT CRÉÉ DES MODULES DE FORMATION INTERACTIFS POUR ENSEIGNER DES PROTOCOLES DE CONTRÔLE DES INFECTIONS AUX TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ.

LES FAITS À L'ŒUVRE : L'OUTIL OHASIS EST EN PLACE EN AFRIQUE DU SUD ET IL EST MIS À LA DISPOSITION D'HÔPITAUX DES ÉTATS-UNIS. L'ÉQUATEUR EST EN TRAIN DE L'APPLIQUER, ET L'ESPAGNE, LA COLOMBIE ET LE GHANA ONT SIGNIFIÉ LEUR INTÉRÊT. LA D^{re} YASSI A ÉGALEMENT CORÉDIGÉ L'ÉBAUCHE DES DIRECTIVES SUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ AUX SERVICES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT, DE PRISE EN CHARGE ET DE SOUTIEN POUR LE VIH ET LA TB PUBLIÉES EN 2010 PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL ET L'ONUSIDA.

SOURCES : YASSI ET COLL. « COLLABORATION BETWEEN INFECTION CONTROL AND OCCUPATIONAL HEALTH IN THREE CONTINENTS: A SUCCESS STORY WITH INTERNATIONAL IMPACT », *BMC INTERNATIONAL HEALTH AND HUMAN RIGHTS*, VOL. 11, SUPPL. 2, S8, 2011. DOI : 10.1186/1472-698X-11-S2-S8.



« Nous avons mis en place un cadre original pour donner la priorité aux besoins des travailleurs de la santé, car en fait, on semblait presque croire que d'accorder la priorité aux besoins des travailleurs de la santé contrevenait à l'éthique. Pourtant, s'ils ne prennent pas soin d'eux-mêmes, ils ne seront pas là pour prendre soin des patients. » Dre Annalee Yassi

Les soins de santé de première ligne sont un domaine risqué. Les travailleurs de la santé comptent près de 30 millions de médecins, d’infirmières et de sages-femmes¹ et plus de 59 millions d’employés de cliniques², un effectif mondial essentiel qui court chaque jour le risque d’être exposé à des agents biologiques pouvant entraîner la maladie et la mort.

L’éclosion du SRAS en 2003 a fait ressortir cette réalité : dans 72 % des 375 cas recensés en Ontario, l’infection avait été contractée dans un environnement de soins. De ces cas, 45 % étaient des travailleurs de la santé, dont une majorité d’infirmières³. Dans le monde, les travailleurs de la santé étaient les plus à risque de contracter le SRAS; ils représentaient le cinquième des patients atteints⁴. Plus récemment, dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où la tuberculose (TB) représente toujours un fléau, les travailleurs de la santé courent un risque élevé de contracter une forme multirésistante de cette pneumopathie. Par ailleurs, les employés des cliniques courent un risque accru de contracter l’hépatite B et C ainsi que d’autres maladies infectieuses.

Après que la pandémie du SRAS eut montré la rapidité avec laquelle une infection peut se propager dans le monde et sévir dans les hôpitaux et les cliniques, la Dre Annalee Yassi, cofondatrice du programme de recherche en santé mondiale de l’Université de la Colombie-Britannique, a établi un partenariat avec la Dre Elizabeth Bryce. Leurs travaux, qui ont débuté sous la forme d’un projet de recherche financé par les IRSC visant à trouver des façons de mettre en place des pratiques viables de contrôle des infections, se sont rapidement transformés en une collaboration internationale active dans plusieurs pays, sur quatre continents, et ont produits plusieurs outils importants.

L’outil OHASIS est l’un des fruits de cette initiative. Il s’agit d’un système en ligne facile à utiliser qui permet de suivre les incidents, les expositions, les facteurs de risque, les immunisations, les blessures et les maladies des travailleurs de la santé. OHASIS est une base de données que les gestionnaires en soins de santé et le personnel de la santé et de la sécurité peuvent utiliser pour surveiller l’effectif et voir ce qui doit être fait pour assurer la sécurité et la santé des travailleurs de la santé. Par exemple, si les données indiquent que des incidents avec des aiguilles se produisent plus souvent dans un département, on peut prendre des mesures pour améliorer la formation ou revoir les méthodes. L’équipe a également créé des outils en ligne comme l’animation interactive «Protect Patti», qui montre quel équipement choisir et comment le mettre et l’enlever afin de prévenir les infections. Un autre outil, le module en cinq leçons intitulé «Infection Control Basics», couvre une gamme de mesures allant du lavage des mains aux protocoles appropriés pour nettoyer du sang ou des liquides organiques.

En Afrique du Sud, le Dr Barry Kistnasamy, directeur exécutif du National Institute for Occupational Health (NIOH), croit que l’outil OHASIS jouera un rôle important dans la campagne de prévention de la TB au sein du réseau de laboratoires : «OHASIS assurera les interventions préventives, mais jouera également le rôle de système d’alerte sentinelle grâce aux examens de santé des employés et au portail de signalisation d’incidents, qui permet le dépistage de la maladie chez les employés. Sur le plan individuel, il offrira aux employés une rétroaction et fera en sorte que les interventions nécessaires soient effectuées. Sur le plan collectif, les renseignements permettront de déterminer quels laboratoires risquent d’avoir une plus grande incidence de TB, et de garantir que des évaluations des lieux de travail soient faites au besoin et que des solutions soient mises en place.»

L’Équateur adopte ce système dans le cadre de ses efforts de contrôle des infections dans les centres de soins. «Nous sommes en train d’intégrer la plate-forme OHASIS dans la conception des ressources d’information et de communication sur lesquelles nous travaillons en collaboration avec le ministère de la Santé», explique le Dr Jaime Breilh, de l’Université andine Simón Bolívar, à Quito.

AU-DELÀ D’OHASIS

En Équateur et en Afrique du Sud, OHASIS s’inscrit dans le cadre d’une contribution plus large au domaine de la santé publique. L’équipe de la Dre Yassi à l’Université de la Colombie-Britannique a collaboré avec l’Organisation panaméricaine de la santé à la prévention de la transmission des maladies infectieuses chez les travailleurs de la santé en Équateur. La Dre Yassi et ses collègues ont aussi collaboré avec le ministère de la Santé de ce pays à l’adaptation d’un outil canadien d’évaluation du milieu de travail – une liste de vérification des risques physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, psychologiques et liés à la sécurité – et ont mené un sondage visant à évaluer les connaissances, l’attitude et les pratiques dans trois hôpitaux. Grâce à ce travail précurseur à l’outil OHASIS, ils ont pu cibler les points faibles et mettre sur pied des projets comme des campagnes d’amélioration de l’hygiène des mains visant à réduire la transmission des infections.

La Dre Yassi et ses collègues ont également participé à la mise en place d’un programme de maîtrise et d’un programme de doctorat en Équateur qui, jusqu’à maintenant, ont attiré des candidats de six pays d’Amérique latine.

«Notre objectif est de renforcer les capacités en formant des gens qui peuvent à leur tour en former d’autres dans le contrôle des infections et la sécurité en milieu de travail, affirme le Dr Breilh. La contribution que nous apportent la Dre Yassi et l’Université de la Colombie-Britannique – leur appui, leur présence directe en recherche et leurs enseignements –, tous ces éléments nous ont propulsés à une nouvelle étape du développement de ce que nous appelons au sens large la santé publique.»

En Afrique du Sud, grâce au financement des IRSC et de l’Initiative de recherche en santé mondiale, l’équipe de l’Université de la Colombie-Britannique travaille à renforcer la capacité du pays à concevoir, à mettre en œuvre et à évaluer des programmes visant à améliorer l’accès des travailleurs de la santé aux services de prévention, de prise en charge et de soutien axés sur la TB.

L’ABC DE LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ CONTRE LE VIH ET LA TB
EN 2010, LES DIRECTIVES CONJOINTES OMS-OIT-ONUSIDA SUR L’AMÉLIORATION DE L’ACCÈS DES PERSONNELS DE SANTÉ AUX SERVICES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT, DE PRISE EN CHARGE ET DE SOUTIEN POUR LE VIH ET LA TB ONT MIS EN GARDE LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ CONTRE LA MENACE QUE POSE LA DOUBLE ÉPIDÉMIE. LES TROIS ORGANISMES SIGNALAIENT QUE MÊME SI LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ « FAISAIENT VOIR UNE MORBIDITÉ ET UNE MORTALITÉ LIÉES À LEUR EXPOSITION AU VIH ET À LA TB AU TRAVAIL ET DANS LEUR COMMUNAUTÉ », IL ARRIVAIT SOUVENT QU’ILS N’AIENT PAS ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DU VIH ET DE LA TB. LORS DE LA PUBLICATION DES DIRECTIVES, LES ORGANISMES ONT SOULIGNÉ LA CONTRIBUTION DE LA DRE YASSI, DE L’ÉTUDIANTE DIPLÔMÉE LYNDSAY DYBKA ET DE L’ÉQUIPE DE L’UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE QUI ONT EFFECTUÉ LA REVUE SYSTÉMATIQUE DES DONNÉES, RÉDIGÉ LA SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE ET PRODUIT LA PREMIÈRE ÉBAUCHE DES DIRECTIVES.

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Yassi et coll. «Assuming our global responsibility: improving working conditions for health care workers globally», *Open Medicine*, vol. 3, n° 3, 2009, p. 174-177.

Yassi et coll. «Collaboration between infection control and occupational health in three continents: a success story with international impact», *BMC International Health and Human Rights*, vol. 11, suppl. 2, S8, 2011. DOI : 10.1186/1472-698X-11-S2-S8.

Visionnez la vidéo éducative «Protect Patti» à l’adresse suivante : innovation.ghrp.ubc.ca/ProtectPatti/eng/.

Organisation mondiale de la santé. Rapport OMS 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, www.who.int/tb/publications/global_report/2011/fr/index.html.

Organisation mondiale de la santé. *Directives conjointes OMS-OIT-ONUSIDA sur l’amélioration de l’accès des personnels de santé aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien pour le VIH et la TB*, 2010, www.who.int/occupational_health/publications/hiv_tb_guidelines/en/index.html.

Vidéo avec la Dre Yassi : www.youtube.com/recherchesantecanada.

«Au Canada, nous ne sommes pas conscients de l’énorme fléau que représentent le VIH et la TB pour le secteur des soins de santé à l’échelle mondiale, affirme la Dre Yassi. Le ministère de la Santé d’Afrique du Sud estime que plus de 30 % des femmes enceintes en 2010 étaient infectées par le VIH. La double épidémie de VIH et de TB est une source de préoccupation pour les travailleurs de la santé, qui courent un risque élevé d’être exposés à la TB dans les centres de soins.»

Les travaux de la Dre Yassi attirent l’attention. Selon Susan Wilburn, administratrice technique du département Santé publique et Environnement de l’Organisation mondiale de la santé, à Genève, le projet en Afrique du Sud est un signe de la capacité de la Dre Yassi «à trouver de bons partenaires et à bien collaborer avec eux». Elle voit le travail de l’équipe de l’Université de la Colombie-Britannique comme un modèle à suivre partout dans le monde.

«Cela ressort de l’efficacité avec laquelle ils ont collaboré avec des collègues de la province de l’État libre en Afrique du Sud pour mettre en place OHASIS et de la déclaration suivante de la NIOH : “C’est exactement ce dont nous avons besoin pour bien gérer le programme en santé professionnelle dans nos laboratoires du service de santé national.” Je n’arrive pas à imaginer une plus forte adhésion ailleurs. La Dre Yassi accomplit en Afrique du Sud un travail déterminant ayant un grand impact à l’échelle mondiale.»

- 1 Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales 2011, www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/fr/index.html
- 2 Organisation mondiale de la santé. Health workers, www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/index.html.
- 3 «La Commission sur le SRAS – Résumé», Le printemps de la frayeur, vol. 1, déc. 2006, p. 11, www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/campbello6/vol1chp1f.pdf.
- 4 «Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers», *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 10, n° 4, oct.-déc. 2004, p. 421-427.



LES FAITS À L'ŒUVRE : UN OUTIL POUR PROTÉGER LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

LA D^{RE} YASSI ET SES COLLÈGUES ONT ÉTABLI UN PARTENARIAT AVEC LE NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH D'AFRIQUE DU SUD POUR METTRE EN PLACE OHASIS AU SEIN DU NATIONAL HEALTH LABORATORY SERVICE, QUI COMPTE 349 LABORATOIRES ET ENVIRON 7 000 EMPLOYÉS RÉPARTIS DANS 150 SITES ET TROIS HÔPITAUX DE LA PROVINCE DE L'ÉTAT LIBRE. SON ÉQUIPE COLLABORE AVEC LE NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY DES ÉTATS-UNIS (QUI FAIT PARTIE DES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION) AFIN D'IMPLANTER OHASIS DANS LES HÔPITAUX AMÉRICAINS. L'ESPAGNE, LE GHANA ET LA COLOMBIE ONT ÉGALEMENT MONTRÉ LEUR INTÉRÊT, TANDIS QUE L'ÉQUATEUR ET LA VILLE DE VIENNE EN SONT À L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE.

SOUTIEN EN RÉGION RURALE : UN NOUVEAU MODÈLE DE PRESTATION DES SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE

Plan de diagnostic et de traitement en un jour plutôt qu'en un an

EN BREF

QUI : D^{re} DEBRA MORGAN, UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

QUESTION : LES CANADIENS VIVANT EN RÉGION RURALE ET LEURS FAMILLES SONT CONFRONTÉS À UN FARDEAU ÉNORME LORSQU'ILS SONT AUX PRISES AVEC LA DÉMENCE. LE MODÈLE ACTUEL EXIGE QU'ILS SE RENDENT DANS UNE VILLE – SOUVENT À PLUSIEURS REPRISES, SUR UNE PÉRIODE QUI DURE DES MOIS OU DES ANNÉES – POUR CONSULTER DES SPÉCIALISTES, OBTENIR UN DIAGNOSTIC, ET ORGANISER ET RECEVOIR DES SOINS.

PROJETS : LA D^{re} MORGAN A DIRIGÉ UN PROJET FINANCÉ PAR LES IRSC QUI A ÉVALUÉ LES BESOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE ET DE LEURS FAMILLES ET SOIGNANTS EN RÉGION RURALE EN SASKATCHEWAN. À PARTIR DE CES RÉSULTATS, L'ÉQUIPE A CONÇU À SASKATOON UNE CLINIQUE DE LA MÉMOIRE EN RÉGIONS RURALES ET ÉLOIGNÉES, UN LIEU UNIQUE OÙ LES PATIENTS PEUVENT SUBIR DIFFÉRENTS TESTS ET CONSULTER DES EXPERTS SUR LA DÉMENCE LE MÊME JOUR, PUIS OBTENIR UN DIAGNOSTIC ET UN PLAN DE TRAITEMENT AVANT DE RETOURNER À LA MAISON. L'ÉQUIPE DE RECHERCHE CONTINUE DE RECUEILLIR ET D'ANALYSER DES DONNÉES DANS LE BUT D'AMÉLIORER LES OPTIONS DE TRAITEMENT.

LES FAITS : LA D^{re} MORGAN ET SES COLLÈGUES ONT PUBLIÉ PLUSIEURS ARTICLES DÉMONTRANT COMMENT L'APPROCHE À GUICHET UNIQUE, EN COMBINAISON AVEC DES TRAITEMENTS DE SUIVI METTANT À CONTRIBUTION LES 179 CENTRES DE TÉLÉSANTÉ DE LA SASKATCHEWAN, A TRANSFORMÉ LE DIAGNOSTIC ET LES SOINS OFFERTS AUX PATIENTS DES RÉGIONS RURALES ATTEINTS DE DÉMENCE.

LES FAITS À L'ŒUVRE : GRÂCE AU NOUVEAU MODÈLE, L'ÉQUIPE A RÉDUIT CONSIDÉRABLEMENT LE TEMPS REQUIS POUR OBTENIR UN DIAGNOSTIC ET UN TRAITEMENT, EN PERMETTANT D'ACCOMPLIR EN UNE JOURNÉE CE QUI POUVAIT GÉNÉRALEMENT PRENDRE PLUS D'UN AN. LA CLINIQUE A OFFERT DES SERVICES DE SOUTIEN À PRÈS DE 1 000 PROCHES ET TRAITÉ PRÈS DE 400 PATIENTS. L'ANNÉE 2009 A VU LA FORMATION D'UN GROUPE DE SOUTIEN PAR TÉLÉSANTÉ POUR LES CONJOINTS ET LES SOIGNANTS DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE; LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE LA SASKATCHEWAN ASSURE LA MISE EN ŒUVRE DE CE PROGRAMME DE SOUTIEN.

SOURCES : MORGAN ET COLL. «IMPROVING ACCESS TO DEMENTIA CARE: DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A RURAL AND REMOTE MEMORY CLINIC», *AGING & MENTAL HEALTH*, VOL. 13, N° 1, JANVIER 2009, P. 17-30.

LES FAITS À L'ŒUVRE : PLAN DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT EN UN JOUR PLUTÔT QU'EN UN AN

LA CLINIQUE DE LA MÉMOIRE EST UN EXEMPLE DE L'APPROCHE À GUICHET UNIQUE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE, ET ELLE MONTRE COMMENT ON PEUT UTILISER DE FAÇON OPTIMALE LA TÉLÉSANTÉ POUR OFFRIR DES SOINS ET UN SOUTIEN AUX PATIENTS ET AUX FAMILLES VIVANT LOIN DES VILLES. JUSQU'À MAINTENANT, ELLE A AIDÉ PRÈS DE 400 PATIENTS ET PRÈS DE 1 000 PROCHES ET SOIGNANTS EN SASKATCHEWAN.

Souvent, le premier signe est simplement le manque de mémoire. Ne pas se souvenir où la voiture est stationnée. Oublier les conversations de la veille. Est-ce le début de la démence, ou une simple distraction attribuable au vieillissement? Le diagnostic précoce de la maladie d’Alzheimer et des démences connexes est crucial pour administrer un traitement rapide pouvant atténuer les symptômes et pour avoir accès à des interventions qui offrent aux familles le soutien dont elles ont grand besoin.

Malheureusement, il n'existe aucun test simple pour dépister la démence. Souvent, pour obtenir un diagnostic, les patients doivent composer avec les complexités du système de santé : voir leur médecin de famille, consulter des spécialistes, puis passer une batterie de tests et, surtout, attendre les résultats. Ce processus est exigeant pour les personnes des régions rurales ou éloignées, qui doivent parcourir de grandes distances à plusieurs reprises pour se rendre en ville.

« Les gens passaient plus d'un an à attendre des rendez-vous et à faire des allers-retours », affirme la Dre Debra Morgan de l'Université de la Saskatchewan, chercheuse financée par les IRSC. « C'est loin d'être une situation idéale pour les familles dont un membre éprouve des symptômes de démence. »

Comme le Canada connaît une « épidémie de démence » – le nombre de patients représentera plus du double des 500 000 actuels en une génération –, il est urgent de trouver de meilleures façons de diagnostiquer et de traiter les gens.

La Dre Morgan et ses collègues se sont attaqués à ce défi en créant la Clinique de la mémoire en régions rurales et éloignées, au Royal University Hospital de Saskatoon, qui comprend une équipe interdisciplinaire formée d'un neurologue, de neuropsychologues, de physiothérapeutes et d'un coordinateur en soins infirmiers. « Les patients peuvent y passer tous leurs tests et leur tomodensitogramme, explique la Dre Morgan. Notre objectif est d'arriver à établir un diagnostic et un plan de traitement et de gestion avant la fin de la journée. »

Les vidéoconférences sont utiles. « Avant de venir à Saskatoon, le patient et ses proches se rendent au centre de télésanté (à leur hôpital ou leur centre de santé), et un neuropsychologue et une infirmière passent une demi-heure avec eux pour recueillir des renseignements sur leurs antécédents et les problèmes qu'ils éprouvent, précise la Dre Morgan. Ainsi, nous sommes à même de faire une évaluation sur mesure lorsqu'ils viennent nous voir. Cela met aussi les patients plus à l'aise. Quand ils arrivent, ils nous disent parfois : « Je vous ai vu à la télé ! » Nous établissons une relation avec eux. »

La recherche a joué un rôle important pour définir la façon dont la Clinique de la mémoire utilise la télésanté dans son modèle de traitement. « Grâce au financement des IRSC, avant de créer la clinique, nous avons pu parcourir plus de 7 000 kilomètres en équipe pour rencontrer les fournisseurs de soins de santé dans toutes les collectivités qui bénéficiaient à ce moment de la télésanté, raconte la Dre Morgan, qui détient une chaire de recherche appliquée sur les services et les politiques de santé. Nous avons recueilli les points de vue de médecins, d'infirmières, de fournisseurs de soins à domicile et d'autres professionnels de la santé. »

À partir de ces renseignements, l'équipe a modifié le modèle de la clinique et la conception de la recherche, ajoute-t-elle. Par exemple, nous avons appris auprès des collectivités éloignées du Nord que d'obliger les gens à alterner entre la télésanté et les rendez-vous en personne était un réel obstacle à l'adhésion. Certains patients devaient conduire plus de 400 kilomètres pour un suivi en personne. Nous avons donc modifié notre méthodologie et traité les collectivités éloignées du Nord dans une étude distincte et nous avons offert à ces personnes la télésanté pour tous leurs rendez-vous de suivi. »

Après avoir recueilli des données des patients et de leurs proches durant les quatre premières années, l'équipe de la Clinique de la mémoire a constaté que les vidéoconférences étaient une si bonne stratégie qu'elle offre désormais la télésanté pour tous les rendez-vous de suivi.

Pour Heather Dyck, femme au foyer vivant à Birch Hills, à deux heures au nord-est de Saskatoon, la Clinique de la mémoire lui a rendu son père.

Il y a plusieurs années, son père Fred, qui était alors âgé d'un peu plus de 70 ans et avait des antécédents de maladies cardiaques, de petits AVC et d'épilepsie, a commencé à perdre ses capacités mentales, l'aptitude à marcher et le contrôle de sa vessie. « Notre médecin de famille attribuait tout ça à d'autres AVC ou à des problèmes de ce genre. Je n'étais pas satisfaite et j'ai demandé qu'il nous envoie consulter quelqu'un d'autre. »

SOUTIEN POUR LES CONJOINTS DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE

LA DÉMENCE FRONTOTEMPORALE SE DÉCLARE HABITUELLEMENT PLUS TÔT QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET PRÉSENTE DES SYMPTÔMES DIFFÉRENTS, TOUCHANT DAVANTAGE LE COMPORTEMENT QUE LA MÉMOIRE. « LES FAMILLES DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE VIVENT VRAIMENT UNE SITUATION PÉNIBLE. IL N'EXISTE AUCUNE RESSOURCE SUR MESURE POUR ELLES », PRÉCISE LA DRE MORGAN. LES DRES MEGAN O'CONNELL ET MARGARET CROSSLEY, NEUROPSYCHOLOGUES DE LA CLINIQUE DE LA MÉMOIRE, ONT TRAVAILLÉ AVEC LES CONJOINTS DE PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE DANS LE BUT DE CONSTITUER ET D'ÉVALUER UN GROUPE DE SOUTIEN EN TÉLÉSANTÉ. LE GROUPE EXISTE DEPUIS JANVIER 2009, ET LES CONJOINTS SE RENCONTRENT CHAQUE MOIS PAR VIDÉOCONFÉRENCE POUR PARTAGER LEURS EXPÉRIENCES ET S'APPUYER MUTUELLEMENT. LE PROGRAMME A EU TELLEMENT DE SUCCÈS QUE LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE LA SASKATCHEWAN A ADOPTÉ LE MÊME MODÈLE ET CRÉÉ UN GROUPE DE SOUTIEN SEMBLABLE EN TÉLÉSANTÉ POUR LES SOIGNANTS DE PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE.

RECEVOIR DU SOUTIEN POUR MIEUX EN OFFRIR

LE GROUPE DE SOUTIEN QUE LES DRES MARGARET CROSSLEY ET MEGAN O’CONNELL ONT MIS SUR PIED ET ÉVALUÉ POUR LES CONJOINTS DE PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE A MENÉ À LA PRODUCTION DE VIDÉOS OÙ TROIS CONJOINTS FONT PART DE LEUR EXPÉRIENCE. VOUS POUVEZ VOIR CES VIDÉOS SUR LE SITE WEB DE L’UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN CONSACRÉ AUX SOINS EN MILIEU RURAL POUR LA DÉMENCE : WWW.CCHSA-CCSSMA.USASK.CA/RURALDEMENTIACARE/AFFILIATED.HTML#ftd. PAR AILLEURS, DONNA DALZIEL, UNE DES AIDANTES, A ÉLABORÉ UN PROGRAMME D’ACTIVITÉS D’ENGAGEMENT POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE FRONTOTEMPORALE. VOUS POUVEZ VISIONNER SA VIDÉO À L’ADRESSE SUIVANTE : WWW.CCHSA-CCSSMA.USASK.CA/RURALDEMENTIACARE/LINKS.HTML#donna.

Les experts de la clinique ont diagnostiqué une hydrocéphalie à pression normale, maladie rare où une accumulation de liquide dans le cerveau peut provoquer des symptômes de démence, de la difficulté à marcher et de l’incontinence.

« Mon père a subi une opération pour dériver le surplus de liquide, se souvient Mme Dyck. Donc, au lieu de terminer sa vie dans un fauteuil roulant, pratiquement incapable de parler et incontinent, mon père a recommencé à conduire et est redevenu pleinement fonctionnel pour quelques années. Il est décédé en décembre dernier, mais il a vécu plusieurs années avec une qualité de vie qu’il n’aurait pas connue sans la Clinique de la mémoire. Personne d’autre n’aurait pu trouver le problème. »

Alors que le but premier de la Clinique de la mémoire est d’aider des familles comme celle de Mme Dyck, cet établissement est tout autant un laboratoire de recherche qu’une clinique. « Dès le début, nous avons tout évalué, et élaboré la recherche en continu, explique la Dre Morgan. Tous les membres de notre équipe sont des co-chercheurs dans le cadre de projets dérivés connexes. »

Roger Carriere, directeur général à la Direction des soins communautaires du ministère de la Santé de la Saskatchewan, voit la Clinique de la mémoire comme un modèle pour améliorer la disponibilité et l’accessibilité des soins pour traiter la démence chez les personnes vivant à l’extérieur des centres urbains.

« Nous sommes très satisfaits de ce service, affirme M. Carriere, et surtout du fait que la clinique fonctionne selon un modèle de soins centré sur la famille et met les proches et les soignants du patient à contribution sur tous les plans. Elle pourrait servir de modèle pour d’autres provinces qui essaient d’offrir des soins en milieu rural et dans des endroits éloignés. »

« La démence elle-même entraîne déjà assez d’isolement. Souvent, les aidants de personnes atteintes de démence frontotemporale travaillent encore. Parfois aussi, ils s’occupent d’enfants ou de parents âgés. Pour nous, il est essentiel de disposer d’un modèle de groupe de soutien pour la démence frontotemporale élaboré dans le cadre d’un projet de recherche qui s’appuie sur des données probantes et est crédible. Tout le monde y gagne. »

Joanne Bracken, directrice générale, Société Alzheimer de la Saskatchewan

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

« Evaluation of Telehealth for Preclinic Assessment and Follow-Up in an Interprofessional Rural and Remote Memory Clinic », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 30, n° 3, 2011, p. 304, jag.sagepub.com/content/30/3/304.

« Interdisciplinary Research and Interprofessional Collaborative Care in a Memory Clinic for Rural and Northern Residents of Western Canada », *Australian Psychologist*, vol. 43, n° 4, déc. 2008, p. 231-238, www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00050060802492564.

Site Web de la Clinique de la mémoire en régions rurales et éloignées : www.cchsa-ccssma.usask.ca/ruraldementiacare/rrmc.html.

Société Alzheimer du Canada, Raz-de-marée : impact de la maladie d’Alzheimer et des affections connexes au Canada, www.alzheimer.ca/fr/Get-involved/Raise-your-voice/Rising-Tide.

Vidéo avec l’équipe de la Clinique de la mémoire en régions rurales et éloignées : www.youtube.com/recherchesantecanada.

RÉSULTATS «EPIQ» : RECONFIGURER LES SOINS NÉONATAUX POUR RÉDUIRE LES DÉCÈS ET L'INVALIDITÉ CHEZ LES BÉBÉS PRÉMATURÉS

Un modèle de soins maintenant utilisé
à l'échelle internationale

EN BREF

QUI : DR SHOO K. LEE, UNIVERSITÉ DE TORONTO

QUESTION : LES BÉBÉS PRÉMATURÉS SONT EXPOSÉS À UN PLUS GRAND RISQUE DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ET REPRÉSENTENT UNE PROPORTION DÉMESURÉE DES COÛTS DES SOINS HOSPITALIERS POSTNATAUX.

PROJETS : EN 2002, LE DR LEE A DÉMARRÉ CE QUI EST DEvenu PLUS TARD EPIQ (POUR EVIDENCE-BASED PRACTICE FOR IMPROVING QUALITY [PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ]) DANS LE BUT D'ABAISSEr LES TAUX CROISSANTS D'INFECTIONS NOSOCOMIALES (CONTRACTÉES À L'HÔPITAL) ET DE DYSPLASIE BRONCHOPULMONAIRE, UNE PNEUMOPATHIE. CETTE INITIATIVE A ÉTÉ SUIVIE D'UN PROJET DE TROIS ANS POUR APPLIQUER DES STRATÉGIES EPIQ PARTOUT AU CANADA, PUIS D'EPIQ II, QUI CIBLE D'AUTRES MENACES POUR LA SANTÉ DES BÉBÉS PRÉMATURÉS.

LES FAITS : UN ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ MENÉ DANS 12 UNITÉS NÉONATALES DE SOINS INTENSIFS (UNSI) A FAIT DIMINUER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DE 44 % ET LA DYSPLASIE BRONCHOPULMONAIRE DE 15 %, PERMETTANT DES ÉCONOMIES DE PRÈS DE 2 500 \$ PAR PATIENT. UNE ÉTUDE A RÉVÉLÉ QUE LES AMÉLIORATIONS ÉTAIENT TOUJOURS OBSERVABLES DANS LES UNSI DEUX ANS PLUS TARD. LES RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES POUR EPIQ II LAISSENT ENTREVOIR DES DIMINUTIONS POUR D'AUTRES MALADIES ÉGALEMENT.

LES FAITS À L'ŒUVRE : EPIQ EST ACTUELLEMENT APPLIQUÉ DANS 30 UNSI AU CANADA, OÙ IL AIDE À CONCEVOIR ET À METTRE EN ŒUVRE DES PRATIQUES CONTINUES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ. À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE, LE MODÈLE A ÉTÉ ADOPTÉ PAR SIX PAYS D'AMÉRIQUE LATINE ET 38 UNSI EN MALAISIE; IL EST AUSSI À L'ESSAI EN CHINE.

SOURCES : LEE ET COLL., «THE EPIQ TRIAL: REDUCTIONS IN NOSOCOMIAL INFECTION AND BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA WERE SUSTAINED 2 YEARS AFTER THE TRIAL», AFFICHE PRÉSENTÉE À LA CONFÉRENCE DES PEDIATRIC ACADEMIC SOCIETIES, 2010.

LES FAITS À L'ŒUVRE : TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES RÉDUIT DE 30 %

L'ANALYSE PRÉLIMINAIRE DES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DU MODÈLE EPIQ II MONTRE QU'IL FONCTIONNE BIEN. « NOUS AVONS ABAISSÉ LE TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES DE 30 % DANS L'ENSEMBLE DU PAYS, LE TAUX DE RÉTINOPATHIE DU PRÉMATURÉ DE 20 %, ET LE TAUX D'ENTÉROCOLITE NÉCROSANTE DU NOUVEAU-NÉ DE 15 % », AFFIRME LE DR LEE.

Les années 90 ont été une décennie difficile pour les prématurés dans les hôpitaux canadiens, selon le Dr Shoo K. Lee, qui travaillait alors au Children’s & Women’s Health Centre de la Colombie-Britannique. « Nous observions très peu d’améliorations des résultats », se souvient le Dr Lee, qui travaille maintenant à l’Université de Toronto et dirige des programmes de pédiatrie et de soins néonataux dans trois hôpitaux. « Nous avons accompli des progrès énormes entre 1960 et 1990, mais les choses stagnaient. La situation s’était peut-être même empirée. »

À cette époque, se souvient le Dr Lee, la charge de patients avait augmenté de plus de 30 %, surtout parce que les femmes avaient leurs enfants plus tard et que plusieurs avaient recours à la fertilisation in vitro, deux facteurs en lien avec l’augmentation des naissances prématurées.

« Certains experts pensaient que nous avions atteint les limites de la technologie en néonatalogie et que jusqu’à ce que nous faisons une autre percée, nous n’accomplirions plus beaucoup de progrès. Mais que faire entretemps ? Nous asseoir et attendre ? Nous devions faire mieux. C’est ainsi que ça a commencé. »

Le Dr Lee parle du Réseau néonatal canadien. Créé en 1995, ce réseau est à la recherche de façons d’améliorer la santé et le traitement des nouveau-nés dans les hôpitaux, en particulier dans les unités néonatales de soins intensifs. Ces bébés sont plus à risque d’infections nosocomiales (contractées à l’hôpital) et de dysplasie bronchopulmonaire, une pneumopathie chronique en lien avec l’utilisation de ventilateurs. Par ailleurs, les soins dans les UNSI sont dispendieux : les bébés nés avant 28 semaines de gestation coûtent en moyenne 84 235 \$ aux hôpitaux, contre 1 050 \$ pour les bébés qui naissent à terme.

Grâce au financement des IRSC, le Dr Lee et les experts du Réseau ont mis en place une banque de données permettant de suivre les soins néonataux partout au Canada et de mettre en évidence des écarts significatifs dans les pratiques et les résultats.

« Les cliniques du pays avaient leurs forces et leurs faiblesses, précise le Dr Lee. Nous nous sommes dit : “Bon, maintenant que nous savons que certains d’entre nous réussissent certaines choses mieux que d’autres, comment pouvons-nous apporter des changements ? ” ».

Le Dr Lee, qui a une formation en économie, s’est fait le champion de l’utilisation du modèle de l’amélioration continue de la qualité. Dans le secteur industriel, ce modèle insiste sur le besoin d’évaluer et de perfectionner continuellement les processus afin de mieux répondre aux attentes des clients et de réduire les coûts de production. Cependant, nous nous sommes rendu compte qu’un modèle destiné à produire de meilleurs gadgets ne pouvait être appliqué directement pour sauver la vie de bébés prématurés, et « nous avons intégré des données probantes au modèle, poursuit le Dr Lee. C’est ce qu’on appelle la pratique fondée sur les données pour l’amélioration de la qualité (Evidence-based Practice for Improving Quality [EPIQ]) ».

Essentiellement, EPIQ aide les hôpitaux à créer des équipes de néonatalogistes, d’infirmières, d’inhalothérapeutes, d’assistants de recherche, de diététistes et d’autres experts, et à les former pour recueillir et analyser des données, cibler des pratiques ou des méthodes particulières et collaborer avec le personnel de première ligne des UNSI afin d’apporter des changements. (Voir l’encadré : Comment EPIQ fonctionne.)

« Nous avons créé le modèle, puis nous l’avons mis à l’épreuve dans le cadre d’un essai contrôlé randomisé de deux ans pour prouver qu’il pouvait fonctionner, explique le Dr Lee au sujet de l’étude originale. Nous avons demandé à six hôpitaux de réduire le taux de dysplasie bronchopulmonaire, et à six autres d’abaisser le taux d’infections nosocomiales. »

De 2003 à 2005, dans les UNSI qui se servaient du nouveau modèle, on a observé une diminution de 44 % des infections nosocomiales et une diminution de 15 % des cas de dysplasie bronchopulmonaire, ce qui a abrégé le séjour des patients de presque deux jours et a permis des économies de près de 2 500 \$ par patient. Si le modèle était mis en œuvre partout au pays, ces économies s’élèveraient à 7,5 millions de dollars par année. Une étude de suivi a montré que les améliorations étaient toujours observables dans les UNSI deux ans après l’essai du modèle EPIQ, et que le taux d’infections avait continué à diminuer dans plusieurs unités.

Grâce au financement des IRSC et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé, le réseau a rédigé des directives fondées sur le succès du nouveau modèle pour réduire les cas de dysplasie bronchopulmonaire et d’infections nosocomiales, et il a distribué ces directives dans tous les hôpitaux canadiens comptant une UNSI.

Cependant, ajoute le Dr Lee, ils ont tôt fait de découvrir que la rédaction et la distribution de directives ne suffisaient pas. « La réalité est qu’il n’est pas facile de susciter l’adhésion. Parfois, les gens ne croient pas vraiment aux directives. Même lorsqu’ils y croient, ils disent parfois : “Ça ne fonctionnera pas ici.” Il y a parfois aussi un problème de leadership. Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte que le changement ne s’engage pas. »

Ce constat a amené le Dr Lee et ses collègues du réseau à créer EPIQ II, avec l’appui des IRSC. Cette fois, l’équipe a ciblé un certain nombre de défis auxquels s’attaquer et a porté davantage attention aux outils qui permettraient de susciter les changements culturels nécessaires au succès du modèle EPIQ. Le modèle EPIQ II a mis à contribution toutes les UNSI au Canada dans un effort coordonné pour améliorer les résultats quant à la dysplasie bronchopulmonaire et aux infections nosocomiales, de même que trois autres problèmes importants qui touchent les bébés prématurés : l’hémorragie intraventriculaire (saignement intracrânien pouvant causer des lésions au cerveau), l’entérocolite nécrosante du nouveau-né (infection souvent mortelle qui détruit le tissu intestinal) et la rétinopathie du prématuré (développement anormal des vaisseaux sanguins dans la rétine pouvant entraîner la cécité).

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Site Web d’EPIQ : www.epiq.ca/Home/tabid/36/Default.aspx.

Site Web du Réseau néonatal canadien : www.canadianneonatalnetwork.org/portal/CNNHome.aspx.

« Improving the quality of care for infants: a cluster randomized controlled trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n° 8, oct. 2009, DOI : 10.1503/cmaj.081727, www.cmaj.ca/content/181/8/469.

« Variations in practice and outcomes in the Canadian NICU network: 1996-1997 », *Pediatrics*, vol. 106, n° 5, nov. 2000, p. 1070-1079, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11061777.

Vidéo avec le Dr Lee : www.youtube.com/watch?v=FvuYiMIpp7w.

Le Dr Eugene Ng a constaté des améliorations à son UNSI, au Centre des sciences de la santé Sunnybrook de Toronto. En effet, de 2008 à 2010, les décès à l’UNSI ont diminué de 75 %, l’incidence de rétinopathie du prématuré et d’infections nosocomiales a diminué de moitié, et le nombre de cas de dysplasie bronchopulmonaire a diminué de 27 %. Le Dr Ng rappelle que le déménagement de l’UNSI de Sunnybrook de locaux désuets à des installations plus spacieuses et modernes a aussi joué un rôle important, mais il soutient que les initiatives d’amélioration de la qualité comme EPIQ ont été un élément clé de la baisse marquée de l’incidence des maladies chez les bébés prématurés. « L’objectif d’EPIQ est d’améliorer les résultats. Nous voyons des changements, ce qui est très encourageant. »

Pendant ce temps, l’UNSI du centre médical Foothills de Calgary a été l’une des deux premières au Canada à utiliser les nouvelles données du modèle EPIQ II pour réduire l’incidence de l’entérocolite nécrosante du nouveau-né. « En 2008-2009, nous avions un taux d’incidence de 9 %; il est désormais de 2,5 %, se réjouit la Dre Wendy Yee, néonatalogiste au centre médical Foothills. Pour nous, il s’agit d’une amélioration considérable sur le plan de la mortalité et de la morbidité. » La Dre Yee attribue directement cette baisse remarquable de l’incidence de la maladie à l’adoption du modèle EPIQ au centre médical. « Ce modèle nous permet d’apporter des changements à nos pratiques, ce qui a un impact à long terme. »

D’autres pays ont remarqué les améliorations significatives que les UNSI du Canada ont connues au cours des dix dernières années. Selon le Dr Lee, le modèle EPIQ a été adopté par six pays d’Amérique latine – l’Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, l’Équateur et le Pérou – et est en place dans 38 UNSI en Malaisie. « Plusieurs pays nous demandent : “Comment vous y prenez-vous ? Montrez-nous.”, relate le Dr Lee. Nous nous sommes rendus en Chine, où nous avons formé des équipes dans plusieurs hôpitaux. Nous les avons aidées à mettre en place le système EPIQ. »

La Dre Yun Cao, de l’Hôpital pour enfants de l’Université Fudan, à Shanghai, affirme qu’un essai multicentrique est en cours pour la mise en œuvre d’EPIQ dans le but d’améliorer les résultats. « Pour le moment, je connais seulement les résultats de notre hôpital, mais nos données laissent croire à une diminution de presque 50 % des pneumonies associées aux respirateurs. Je souhaite approfondir mes recherches afin de déterminer s’il est possible de réduire d’autres types de complications. »

COMMENT EPIQ FONCTIONNE : DONNÉES PROBANTES ET ÉVOLUTION CULTURELLE

EPIQ CONJUGUE LA COLLECTE ET L'ANALYSE DE DONNÉES SUR LES SOINS DANS LES UNSI ET LE RECOURS À DES OUTILS VISANT À FACILITER UNE ÉVOLUTION CULTURELLE DANS LES CENTRES DE SOINS DE SANTÉ. PAR EXEMPLE, LES EXPERTS D'EPIQ FORMENT DES ÉQUIPES POUR FAIRE LA REVUE DES DONNÉES PROBANTES, RASSEMBLER ET ANALYSER DES DONNÉES, CRÉER ET PRÉCISER LES PLANS DE SOINS, GÉRER LE CHANGEMENT ET ÉVALUER LES RÉSULTATS. L'ÉQUIPE INTERNE RECUEILLE ÉGALEMENT DES DONNÉES QUE LES EXPERTS D'EPIQ COMARENT À CELLES D'AUTRES HÔPITAUX ET UTILISENT POUR REPÉRER LES MÉTHODES DONNANT DE MAUVAIS RÉSULTATS. PARALLÈLEMENT, LES EXPERTS D'EPIQ SE RENDENT DANS DES HÔPITAUX ET MÈNENT DES ENTREVUES AVEC LE PERSONNEL, DES GROUPES DE DISCUSSION ET DES SONDAGES POUR ÉVALUER LA STRUCTURE ET LA CULTURE ORGANISATIONNELLES ET CERNER DES OBSTACLES POSSIBLES AU CHANGEMENT. EPIQ OFFRE DU FINANCEMENT POUR QU'UN COORDINATEUR PUISSE SOUTENIR LES CHANGEMENTS DANS LES PRATIQUES, FORME LE PERSONNEL ET VÉRIFIE QUE LE MATÉRIEL ET L'ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRES SONT EN PLACE.

TAUX D'INFECTIONS RÉDUIT DE 30%

LES FAITS À L'ŒUVRE : UN MODÈLE DE SOINS UTILISÉ À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE

LE MODÈLE EPIQ A ÉTÉ ADOPTÉ PAR SIX PAYS D'AMÉRIQUE LATINE – L'ARGENTINE, LE BRÉSIL, LE CHILI, LA COLOMBIE, L'ÉQUATEUR ET LE PÉROU – ET IL EST EN PLACE DANS 38 UNSI DE MALAISIE.

VOICI D'AUTRES VOIES D'EXPLORATION

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Initiatives phares du plan stratégique des IRSC : www.irsc-cihr.gc.ca/f/43567.html.

INNOVATION

PROCHAINES INITIATIVES DE RECHERCHE À L'APPUI D'UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE HAUTE QUALITÉ, ACCESSIBLE ET VIABLE

LE SOUTIEN D'UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE HAUTE QUALITÉ, ACCESSIBLE ET VIABLE CONSTITUE UNE PRIORITÉ POUR LES IRSC. C'EST POURQUOI L'ORGANISME A RÉCEMMENT LANCÉ DE GRANDES INITIATIVES QUI PERMETTRONT D'OPTIMISER LES INVESTISSEMENTS ET D'ACCROÎTRE LES ACTIVITÉS DE RECHERCHE DANS CE SECTEUR. CES NOUVELLES INITIATIVES, QUI FONT PARTIE DES « INITIATIVES PHARES DU PLAN STRATÉGIQUE DES IRSC¹ », CONTRIBUERONT À MAXIMISER LES RETOMBÉES DES INVESTISSEMENTS DES IRSC SUR LA SANTÉ ET LES SOINS DE SANTÉ – AUJOURD'HUI, DEMAIN ET À TRÈS LONG TERME.

INITIATIVE PHARE – SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES COMMUNAUTAIRES

CETTE INITIATIVE ENGLOBE UNE VASTE GAMME DE SERVICES DE PRÉVENTION PRIMAIRE ET DE SOINS PRIMAIRES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ (Y COMPRIS LA SANTÉ PUBLIQUE, LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE); LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES MALADIES SPORADIQUES; LA RÉADAPTATION; LES SOINS EN FIN DE VIE. LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE SUPPOSENT LA COORDINATION ET LA PRESTATION DE SOINS INTÉGRÉS PAR DIVERS PROFESSIONNELS (INFIRMIÈRES, TRAVAILLEURS SOCIAUX, PHARMACIENS, DIÉTÉTISTES, PRATICIENS EN SANTÉ PUBLIQUE, MÉDECINS, ETC.) À DIVERS ENDROITS (DOMICILE DES PATIENTS, CLINIQUES DE SOINS, CABINETS DE MÉDECINS, UNITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE, CENTRES DE SOINS PALLIATIFS ET LIEUX DE TRAVAIL). CES SOINS SONT OFFERTS SELON UNE APPROCHE ORIENTÉE SUR LE PATIENT ET LA POPULATION ET TENANT COMPTE DES DIFFÉRENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES, CULTURELLES ET DES DIFFÉRENCES DE GENRE.

INITIATIVE PHARE – RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES

L'INITIATIVE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES SOUTIENT LA COLLABORATION DE CHERCHEURS ET DE DÉCIDEURS POUR FAIRE AVANCER LES CONNAISSANCES ACTUELLES, TROUVER DES SOLUTIONS NOVATRICES ET ASTUCIEUSES, ET APPLIQUER LES DONNÉES ISSUES DE LA RECHERCHE AUX POLITIQUES ET PRATIQUES EN VUE DE RENFORCER LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN.

INITIATIVE PHARE – VOIES DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES

GRÂCE À L'INITIATIVE VOIES DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES, LES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA FINANCERONT DE LA RECHERCHE POUR TROUVER DES FAÇONS D'ALLIER LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES OCCIDENTALES AU SAVOIR TRADITIONNEL DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS AFIN D'EN ARRIVER À DES INTERVENTIONS EN SANTÉ EFFICACES. CETTE INITIATIVE EST AXÉE SUR LA RECHERCHE DE MOYENS PERMETTANT D'ADAPTER DES PROJETS DE RECHERCHE EN SANTÉ EXISTANTS AUX BESOINS VARIÉS DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES, DONT LES VALEURS, LES CONNAISSANCES TRADITIONNELLES ET L'HISTOIRE TÉMOIGNENT D'UNE GRANDE DIVERSITÉ.

¹ L'expression « initiatives phares du plan stratégique des IRSC » fait référence au plan stratégique quinquennal des IRSC, *L'innovation au service de la santé : de meilleurs soins et services par la recherche*.

VOICI COMMENT NOUS SUIVRE

Nous espérons que vous avez apprécié le **troisième numéro** de *Voici les faits* et que vous en avez appris davantage sur la contribution des chercheurs en santé du Canada. Nous vous invitons à visiter le site Web des IRSC www.irsc-cihr.gc.ca et la page sur les médias sociaux www.irsc-cihr.gc.ca/f/42402.html pour rester au fait des découvertes résultant de la recherche financée par les IRSC.

LE QUATRIÈME NUMÉRO DE VOICI LES FAITS PORTERA SUR LES RECHERCHES QUI VISENT À RÉDUIRE LES DISPARITÉS EN SANTÉ CHEZ LES AUTOCHTONES ET LES AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES.

SUIVEZ-NOUS ET PARTAGEZ VOS COMMENTAIRES :

FACEBOOK

Voici les faits et La recherche en santé au Canada

BLOGUE DU CAFÉ SCIENTIFIQUE DES IRSC

Science en vrac

YOUTUBE

Recherche en santé au Canada

À SURVEILLER

www.irsc-cihr.gc.ca/f/44921.html

ÉCHOS DE LA COMMUNAUTÉ

www.irsc-cihr.gc.ca/f/44922.html