

Université de Montréal

Le partenariat intersectoriel: une stratégie gagnante pour la prévention et la gestion du diabète de type 2 dans un contexte de diversité.

par

Fayeza Jahan

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M. Sc.)

option expertise-conseil en soins infirmiers

Août 2016

© Fayeza Jahan, 2016

Université de Montréal

Rapport de stage intitulé:

Le partenariat intersectoriel: une stratégie gagnante pour la prévention et la gestion du diabète de type 2 dans un contexte de diversité.

Présenté par :

Fayeza Jahan

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bilkis Vissandjee, inf., Ph. D., professeure titulaire

Directrice de stage

Kelley Kilpatrick, inf., Ph. D., professeure adjointe

codirectrice de stage

Nancy Boisvert, inf., M. Sc.

Josée Dagenais, inf., M.Sc.

Johanne Grondin, inf. M.A.P.

Marjorie Villefranche, DG de la Maison d'Haïti

Membres du jury

Août 2016

Résumé

Le taux de diabète de type 2 (T2DM) s'élève progressivement auprès de la population vivant des expériences d'immigration (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM), 2012). En contexte de diversité et surtout quand il s'agit de personnes récemment immigrées, les programmes usuels de gestion du T2DM ne les rejoignent pas toujours de par des barrières financières, linguistiques et culturelles (Hyman et al., 2013; Nam, Janson, Stotts, Chesla, & Kroon 2012; Pottie et al., 2013). Dans un tel contexte, des études ont souligné l'importance et les bénéfices du travail en partenariat intersectoriel pour une meilleure prévention et gestion du T2DM, notamment en contexte de diversité (Peek, Ferguson, Bergeron, Matby & Chin, 2014). Le but de ce rapport vise à examiner les éléments clés et les stratégies nécessaires pour la mise en place d'un partenariat intersectoriel visant une gestion du T2DM sensible au contexte de vie de personnes vivant dans les territoires du centre local des services communautaires (CLSC) de St-Léonard et St-Michel (SLSM) et l'organisme communautaire la Maison d'Haïti.

Ce projet consiste, d'une part, en une recension des écrits sur les défis, les opportunités et les stratégies pour mettre en place un partenariat intersectoriel quant à la prévention et la gestion du T2DM. D'autre part, il comprend des entretiens individuels et une rencontre de groupe auprès des professionnels d'un CLSC et des intervenants d'un organisme communautaire (IOC) afin de mieux comprendre les préoccupations et les stratégies nécessaires pour mettre en place un partenariat intersectoriel en lien avec la prévention et la gestion du T2DM en contexte de diversité. Les principaux résultats du rapport démontrent que tant l'organisation structurelle que culturelle des deux instances impliquées, les ressources financières limitées et la reconnaissance des expertises à l'éducation de la santé des IOC étaient des défis associés à la mise en place d'un partenariat intersectoriel. Des expériences positives de partenariat, des modèles fonctionnels de partenariat, des ententes claires avec des responsabilités partagées et un renforcement des capacités au niveau de la formation dans les organismes communautaires étaient perçues comme des opportunités et éléments facilitant la mise en place d'un partenariat intersectoriel.

Mots clés: Diabète de type 2, diversité, infirmières, partenariat intersectoriel.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| Résumé..... | iii |
| Table des matières..... | iv |
| Remerciements..... | v |
| Chapitre 1 : Problématique..... | 1 |
| 1.1 But et objectifs..... | 9 |
| Chapitre 2 : Recension des écrits..... | 11 |
| 2.1 Stratégies de prévention/gestion du T2DM | 12 |
| 2.2 Partenariat intersectoriel..... | 14 |
| 2.3 Défis associés à un partenariat intersectoriel..... | 17 |
| 2.4 Atouts associés à un partenariat intersectoriel..... | 19 |
| 2.5 Stratégies gagnantes associés à un partenariat intersectoriel..... | 20 |
| 2.6 Cadre de référence..... | 22 |
| Chapitre 3: Présentation du déroulement du stage..... | 26 |
| 3.1 Description du milieu de stage..... | 27 |
| 3.2 Activités préliminaires au stage..... | 28 |
| 3.2.1 Choix des partenaires clés pour former le partenariat intersectoriel..... | 28 |
| 3.2.2 Rencontre avec les différents partenaires..... | 28 |
| 3.2.3 Activités préalables au stage..... | 29 |
| 3.2.4 Préparation des outils de travail..... | 30 |
| 3.3 Interventions..... | 31 |
| Chapitre 4 : Résultats et discussion..... | 35 |
| 4.1 Thèmes principaux..... | 36 |

| | |
|---|----|
| 4.2 Limites rencontrées lors du déroulement du stage..... | 40 |
| 4.2.1 Planification des rencontres..... | 40 |
| 4.2.2 Loi 10..... | 41 |
| 4.3 Impacts du stage..... | 41 |
| 4.3.1 Retombées au niveau des parties prenantes..... | 41 |
| 4.3.2 Retombées au niveau de l'étudiante..... | 42 |
| 4.3.3 Retombées pour les sciences infirmières..... | 42 |
| Recommandations..... | 44 |
| Références..... | 47 |
| Annexes..... | 54 |

Remerciements

Je désire commencer par remercier plusieurs personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ces trois dernières années de maîtrise.

Tout d'abord, je tiens à remercier sincèrement ma directrice de stage, Mme Bilkis Vissandjee, professeure titulaire de la faculté des sciences infirmières qui m'a soutenu tout au long de mon parcours. Merci pour votre confiance, votre constante disponibilité et vos encouragements qui m'ont profondément aidée à croire en mes capacités et réaliser ce projet. Je ne peux assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi.

J'aimerais ensuite offrir toute ma gratitude à ma codirectrice, Mme Kelley Kilpatrick. Une personne exceptionnelle, qui par son expertise, ses encouragements et son excellent encadrement m'a permis de persévérer et réaliser mon projet à terme.

Je souhaite remercier Mme Boisvert, infirmière conseillère-cadre, qui, à titre de personne ressource, m'a accompagnée tout au long du stage. Merci pour votre soutien et disponibilité.

Je désire aussi remercier toutes les personnes qui ont participé aux rencontres individuelles, aux rencontres de groupes et aux membres du Jury. Une mention spéciale à Mme Marjorie Villefranche et l'équipe de la Maison d'Haïti qui m'ont chaleureusement accueillie à la Maison d'Haïti.

Ma reconnaissance s'adresse également à l'équipe du programme de bourses MESRS et OIIQ qui m'a soutenue financièrement pour ma dernière année d'études. Cette bourse m'a permis de consacrer tout le temps et effort nécessaire pour réaliser le projet à terme.

Enfin, j'offre mes plus sincères remerciements à mes deux frères, mes parents et mes précieuses amies qui m'ont moralement et émotivement soutenue ces trois dernières années. Je remercie mes parents qui m'ont donné la force, le courage et la détermination de poursuivre mes études de deuxième cycle. Merci pour vos prières et vos encouragements, sans quoi, je n'aurais pu trouver la motivation à entreprendre ce beau défi.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Selon la Fédération internationale du diabète (2013), il est estimé qu'il y a plus de 382 millions de personnes à travers le monde qui vivent avec le diabète de type 2 (T2DM) et ce nombre pourra augmenter à 592 millions de personnes d'ici 2035. Au Canada, entre 2008 à 2009, il y avait environ 2.4 millions de Canadiens âgés d'un an et plus diagnostiqués du diabète de type 1 ou 2. Ce qui représente 6.8% de la population, soit, 6.4% de femmes et 7.2% d'hommes (Agence de la Santé publique du Canada (ASPC), 2011). Il est aussi important de noter que près d'un million de personnes supplémentaires seraient aussi atteintes du diabète ¹ sans le savoir (Diabète Québec et Association canadienne de diabète, 2012). D'où l'importance de travailler sur des stratégies de prévention et gestion du T2DM puisqu'il est estimé que la moitié des cas de T2DM pourraient être prévenue ou retardée par une alimentation plus saine et des activités physiques plus régulières (ASPC, 2009).

Selon l'ASPC (2009), 63% des personnes diabétiques sont aussi atteints d'hypertension, soit 3 fois plus souvent que les adultes qui ne sont pas diabétiques. En 2010, les coûts reliés au diabète s'élevaient à 11.7 milliards de dollars au système de santé canadien et ce chiffre pourra atteindre 16 milliards de dollars d'ici 2020 (Association canadienne du diabète (ACD), 2012; Diabète Québec, 2011).

Le T2DM est défini comme étant une maladie chronique aussi reconnue sous le nom de diabète mellitus non-insulino-dépendant qui se manifeste lorsque le pancréas n'est plus capable de produire l'insuline et/ou quand le corps n'est plus en mesure d'utiliser correctement l'insuline produite (Association canadienne du diabète, 2012; Diabète Québec, 2011). Selon l'ASPC (2011), l'embonpoint et l'obésité, l'inactivité physique, l'inadéquation alimentaire et le tabagisme sont des facteurs de risque modifiables reliés au T2DM. Ensuite, l'ethnicité, les valeurs et comportements liés aux groupes culturels, le statut socioéconomique, le niveau de scolarité et les

antécédents familiaux sont aussi des déterminants de la santé qui peuvent avoir une influence sur le T2DM (ACD, 2012). Il est démontré que des personnes vivant une expérience d'immigration (récente ou de longue date) dans une société hôte sont particulièrement à risque de développer le T2DM ainsi que ses complications (Adhikari & Sanou, 2012; ASPC, 2011; Creatore et al., 2010; Gucciardi, DeMelo, Lee & Grace, 2007; Pottie, Hadi, Chen, Welch & Hawthorne, 2013). Selon l'ASSSM (2010), les trois populations les plus à risque et affectées au Canada par le T2DM sont des personnes issues de pays de l'Amérique du sud, de l'Asie du Sud ainsi que de certains pays de l'Afrique. De nombreux écrits rapportent qu'un manque de connaissances sur la maladie, un statut socio-économique précaire, certaines croyances et attitudes contraignantes par rapport au T2DM, les exigences d'un certain régime alimentaire, le contrôle du poids et la pratique d'activités physiques de ce groupe de population sont associés à une difficulté d'observance à la prévention et à la gestion du T2DM (Peeters, Tongelen, Boussery, Mehuys, Remon & Willems, 2011; Pottie et al., 2013).

Les CLSC de Saint-Léonard et Saint-Michel

Selon l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (ASSSM, 2014), dans le territoire du CLSC SLSM², il y a 10 535 cas de diabète diagnostiqués dans la population de 20 ans et plus. De plus, selon la Direction de santé publique de l'ASSSM (2007), les CLSC SLSM ont la plus grande prévalence de diabète diagnostiqué parmi tous les autres centres de santé et de services sociaux (CSSS)² de Montréal. Parmi les 10 535 cas de diabète, 6 673 personnes vivaient aussi avec l'hypertension artérielle (ASSSM, 2014). Plusieurs facteurs de risque et déterminants de la santé de la population de ce territoire peuvent être reliés au taux élevé de maladies chroniques dans la population du CLSC SLSM (ASSSM, 2012). Entre autres, 48% de la

population du territoire vivent une expérience d'immigration (31% à Montréal), le revenu annuel moyen de la population est de 19 967 \$ (population la plus défavorisée de Montréal) et plus de 35 % n'ont pas de diplôme d'études secondaires (comparativement à 22% à Montréal) (CSSS SLSM, 2011). En effet, plusieurs études ont démontré qu'une expérience d'immigration avec un statut socio-économique et un niveau de scolarité faible étaient associés au risque élevé du diabète dans les pays hôtes (Adhikari & Sanou, 2012; ACD, 2012; Diabète Québec, 2011; Harrison, 2014).

De plus, 29% de la population du territoire ont un faible niveau d'activité physique (comparativement à 21% à Montréal), 60% ne consomment pas assez de fruits et de légumes (comparativement à 59% à Montréal) et 17% fument la cigarette (comparativement à 19% à Montréal) (ASSSM, 2012). Il a été démontré que l'incidence du diabète T2DM peut être diminuée à 58 % si les personnes entreprennent des modifications assidues à leurs habitudes de vie (Hamman et al., 2006). Notamment, des stratégies d'autogestion du diabète telles la perte de poids et la modification de la diète peuvent faciliter la réduction des épisodes d'hyperglycémie après les repas, et par conséquent amener à un meilleur contrôle glycémique (Vincent, Pasvogel et Barrera, 2007).

Il est important de souligner qu'une grande partie de la population du territoire des CLSC SLSM n'ont pas accès à des médecins de famille. En effet, 40% de la population des CLSC SLSM n'ont pas de médecin de famille (ASSSM, 2012). De plus, les personnes vivant avec le diabète sont les plus grandes utilisatrices des services de soins de santé comparativement à la population générale (ASSSM, 2014). Entre 2009-2010, une grande proportion de ces personnes du territoire des CLSC SLSM a consulté au moins une fois un omnipraticien et plus de la moitié

ont aussi consulté un spécialiste (ASSSM, 2014). Il existe toutefois plusieurs services de santé accessibles à la population générale du territoire tels que les cliniques sans rendez-vous du CLSC, les groupes de médecines familiales (GMF), les polycliniques et les cliniques réseau du territoire. De plus, la clientèle orpheline du territoire peut être sur une liste d'attente d'un GACO (guichet d'accès pour la clientèle orpheline) pour avoir un médecin de famille.

Face à la prévalence élevée de personnes vivant avec des maladies chroniques dans le territoire, une clinique cardio métabolique a été implantée en 2011 dans le CLSC St-Léonard. L'équipe interdisciplinaire de la clinique cardio métabolique comprend une infirmière clinicienne, une nutritionniste et une kinésiologue. Depuis la fin du mois d'avril 2015, il y a aussi une infirmière spécialisée en soins de pieds qui travaille deux fois/ semaine dans la clinique cardio métabolique. L'objectif général de cette clinique est de soutenir les médecins omnipraticiens de première ligne dans la prise en charge des personnes qui vivent avec le diabète, l'hypertension et/ou une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) afin de les aider à mieux gérer leur maladie et de prévenir les complications associées. Les infirmières et les médecins des CLSC SLSM doivent compléter un formulaire de référence pour inscrire les personnes répondant aux critères d'admissibilité à la clinique cardio métabolique. Le programme est d'une durée de trois ans et il comprend des activités de groupe, des rencontres individuelles avec une nutritionniste et une infirmière et un suivi avec le médecin de famille. Par contre, il est important de souligner que seules les personnes ayant un médecin de famille sont admissibles au programme de gestion de maladies chroniques de la clinique cardiométabolique du CLSC SLSM. Les personnes sans médecin de famille peuvent tout de même recevoir un suivi partiel avec l'infirmière de la clinique cardiométabolique. Toutefois, il a été rapporté par plusieurs intervenants du CLSC que le programme cardiométabolique est cadré selon des balises très

strictes. Ces dernières ne permettent pas toujours de rejoindre les personnes dans la communauté, qui elles utilisent plus fréquemment les organismes communautaires (OC).

Il est mentionné dans le document de travail (2010) de la clinique cardiométabolique du CLSC SLSM que les trois principaux défis à surmonter par rapport à l'implantation de cette clinique correspondent à la mobilité réduite de la clientèle, à la diversité multiethnique du territoire et au faible niveau de scolarité de la population (CSSS SLSM, 2010). Par exemple, il est expliqué dans le document du programme clinique que 26,8% des personnes de 65 ans et plus du territoire vivent seules ce qui peut limiter leur participation aux activités du programme compte tenu de la réduction de la mobilité de cette clientèle. De plus, la réalité géographique du territoire est aussi à prendre en considération puisqu'il peut y avoir des problèmes de déplacements pour participer aux activités dans le CLSC St-Léonard pour la population vivant dans le quartier St-Michel. Ensuite, un deuxième point qui a été soulevé correspond à la réalité multiethnique du territoire et au faible niveau de scolarité de la population dont il faut prendre en considération pour adapter les interventions et l'enseignement offert par les intervenants de la clinique cardiométabolique. D'ailleurs, il en ressort également de plusieurs écrits que les personnes récemment immigrées ne bénéficient pas toujours des programmes usuels de gestion du T2DM due à plusieurs barrières financières, linguistiques et culturels (Hyman et al., 2012; Nam, Janson, Stotts, Chesla, et Kroon 2012; Pottie et al., 2012). Il devient donc important de trouver des stratégies permettant aux programmes usuels de T2DM de répondre aux besoins spécifiques des populations vivant dans un contexte de diversité.

La Maison d'Haïti

La Maison d'Haïti est un OC située dans le territoire de St-Michel ayant pour mission de promouvoir l'intégration et l'amélioration des conditions de vie des personnes immigrantes du territoire. Les intervenants de cet OC organisent plusieurs activités pour améliorer les conditions de vie de la population immigrante du milieu. Par exemple, il existe des cours d'alphabétisation et de francisation, des cours d'aide aux devoirs pour les jeunes, des activités de soutien en périnatalité aux jeunes mamans/parents immigrants et plusieurs autres programmes permettant d'aider et accompagner ces personnes qui vivent dans des conditions de vulnérabilité. Selon le rapport annuel Maison d'Haïti 2013-2014, une des activités animées dans la Maison d'Haïti en collaboration avec les intervenants du secteur d'enfance famille jeunesse du CLSC SLSM est le programme Bedondaine qui a pour but de favoriser la sécurité alimentaire des familles qui participent au projet. Le programme consiste à fournir une aide alimentaire aux femmes pendant la période de la grossesse jusqu'à l'accouchement, en offrant de l'enseignement sur les besoins alimentaires du nouveau-né, en développant un groupe de soutien entre mamans et en offrant des activités éducatives sur les cours pré- et postnatals dans la Maison d'Haïti. Ces sont des séances d'activités animées par une infirmière du CLSC St-Michel. D'ailleurs, selon le bilan des actions accomplies par Vivre St-Michel en santé (2013), les différents projets cliniques qui ont été mis en place en collaboration avec les intervenants du CLSC et les OC du territoire de St-Michel ont favorisé un soutien clinique, un meilleur suivi des familles, une animation d'atelier en partenariat avec différents intervenants et des mécanismes de références efficaces entre les deux établissements. Ainsi, par le biais des différentes activités offertes par la Maison d'Haïti, les intervenants de cet organisme communautaire travaillent déjà sur plusieurs déterminants de la santé qui, par conséquent, ont un impact sur la prévention et la gestion du T2DM en contexte de diversité.

De nombreuses études ont documenté des stratégies permettant de rejoindre les populations vivant dans un contexte de diversité et d'adopter une pratique culturellement adaptée afin de diminuer le fardeau disproportionné du T2DM (Attridge, Creamer, Ramsden, Cannings-John & Hawthorne, 2014; Nam et al., 2012; Palmas et al., 2015). Une des approches ayant démontré de nombreux succès à intervenir avec les populations vivant une expérience d'immigration réfère au partenariat intersectoriel³ entre autres, le partenariat entre une infirmière en pratique avancée (IPA) ou une infirmière en première ligne (IPL) avec les organismes communautaires (Allen et al., 2011; Baig et al., 2014; Peek, Ferguson, Bergeron, Maltby & Chin, 2014). Dans le but d'offrir des soins de qualité pour une gestion efficace des maladies chroniques, des repères théoriques sont présentés dans le modèle de soins *l'Expanded Chronic Care Model* (ECCM) (Jenkins et al, 2010). C'est un cadre de référence pertinent et adapté à une approche communautaire qui facilite l'implantation des modèles de partenariat intersectoriel (Jenkins et al., 2010). Toutefois, selon les observations et les expériences cliniques de la candidate et de ses collègues de travail, il y a peu d'opportunités pour les infirmières du CLSC et des organismes communautaires d'échanger ou de travailler ensemble pour mieux accompagner les personnes diabétiques vivant une expérience d'immigration.

¹ À noter que le terme diabète seulement comprend le T2DM et le diabète de type 1.

² À noter que depuis le 1^{er} avril 2015, le CSSS SLSS fait partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de l'Ile-de-Montréal (CIUSSS). Toutefois, les données recueillies dans ce document ont été effectuées avant cette nouvelle réforme.

³ Le partenariat réfère à un projet commun élaboré par un engagement entre différentes personnes ayant un but et des objectifs communs. La collaboration est une des dimensions constituant le partenariat. Voir définition à la page 14 et annexe 3 du rapport de stage.

But & objectifs

But : Examiner les éléments clés et les stratégies nécessaires pour la mise en place d'un partenariat intersectoriel visant une gestion du T2DM sensible au contexte de vie de personnes vivant dans les territoires du CLSC SLSM et l'organisme communautaire la Maison d'Haïti en se basant sur les bonnes pratiques issues des écrits scientifiques et les perspectives des partenaires concernés.

Objectifs :

- 1- Identifier des stratégies de partenariat intersectoriel pour la prévention et la gestion du T2DM en contexte de diversité par une recension des écrits scientifiques.
- 2- Explorer par le biais d'entretiens individuels avec les partenaires concernés leurs perceptions sur les défis et les opportunités par rapport au partenariat intersectoriel pour une gestion efficace du T2DM en contexte de diversité.
- 3- Déterminer en équipe avec les partenaires concernés les stratégies optimales de partenariat intersectoriel en lien avec la prévention et la gestion du T2DM en contexte de diversité.
- 4- Émettre des recommandations quant aux stratégies et au rôle d'une infirmière pour former un partenariat intersectoriel entre le CLSC SLSM et la Maison d'Haïti.

Les objectifs d'apprentissage personnel sont les suivants:

- 1) Développer des habiletés à travailler en collaboration avec des intervenants de la Maison d'Haïti et des gestionnaires du CLSC SLSM.
- 2) S'initier à la préparation, mise en place et animation d'une discussion de groupe avec

divers acteurs pour la prévention et la gestion de maladies chroniques en partenariat intersectoriel.

- 3) Approfondir des connaissances sur le rôle de l'IPA/ l'IPL et l'intervenant d'un organisme communautaire dans le développement de stratégies éducatives en partenariat intersectoriel.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits débute par une analyse critique des stratégies de prévention/gestion du T2DM auprès des populations vivant une expérience d'immigration, ensuite, sur les différents modèles de partenariat intersectoriels existants, et pour terminer, les défis, opportunités et stratégies pour former un partenariat intersectoriel.

Le processus de recherche et sélection des études de cette recension d'écrits s'est fait en cherchant dans les bases de données *PubMed*, *CINHAL*, *Google Scholar*, *Science Direct* et *Medline*. Afin de structurer la recherche, plusieurs mots clés ont été utilisés et combinés : *Type 2 diabetes*, *community intervention*, *culturally adapted*, *advanced nursing practice*, *nurse*, *community*, *outreach*, *immigrants*, *collaboration*, *community partnership*, *intersectoral partnership*. La recherche était limitée aux articles en français et anglais, publiés entre 2007 à 2015. Toutefois, à la connaissance de l'étudiante, peu d'études québécoises ont été rapportées sur le partenariat intersectoriel entre un établissement de première ligne et un organisme communautaire. À ce fait, une étude pertinente publiée en 1999 a été retenue pour l'analyse des stratégies et recommandations proposées dans ce présent rapport.

Stratégies éducatives de prévention/gestion du T2DM

Dans l'article de recherche de type méta-analyse de Nam et al., (2012), il est expliqué que le taux de prévalence du diabète continue d'augmenter depuis la dernière décennie chez la population de *minorité ethnique*³ en causant un fardeau disproportionné de la maladie. Afin de réduire les écarts de soins de santé et améliorer l'accès de soins pour différents groupes ethniques, l'élaboration et l'évaluation des interventions culturellement adaptées sont devenues importantes pour le système de santé publique (Nam et al., 2012). C'est dans cette optique que le

but de cette méta-analyse était d'évaluer l'effet d'éducation de diabète culturellement adaptée sur le contrôle de glycémie chez *les minorités ethniques* atteintes de diabète de type 2.

Toutes les études retenues dans cette méta-analyse incluaient des interventions d'éducation de diabète culturellement adaptées. Pour que les interventions soient culturellement adaptées, l'éducation était offerte par des professionnels de la santé ou par des intervenants des organismes communautaires bilingues et biculturels (Nam et al., 2012). Les composantes culturelles des interventions comprenaient : enseignement/counseling sur les changements de diète en modifiant les aliments et recettes propres à chaque ethnicité, enseignement/ counseling sur les changements d'activités en utilisant des activités culturellement adaptées (ex : danse, marche, yoga), prestation de l'intervention et des matériaux dans la langue préférée du patient, la participation d'un des membres de la famille et l'utilisation d'aide visuels pour adapter les besoins de faible alphabétisation. Selon Peek, Ferguson, Bergeron, Matby & Chin, (2014), des interventions sont culturellement adaptées lorsqu'elles répondent aux valeurs, préférences et besoins des populations de *minorités ethniques*. Les principaux sujets de la plupart des interventions étaient sur la connaissance du diabète, l'autogestion du diabète et sur la gestion des risques de maladies cardiovasculaires.

Les résultats de cette méta-analyse ont permis de démontrer l'efficacité des programmes de diabète culturellement adaptés sur le contrôle de la glycémie chez les populations de différents groupes ethniques. En résumé, il en ressort que des programmes d'interventions culturellement adaptés de 6 mois et plus offerts par des professionnels de la santé et des intervenants d'organismes communautaires pouvaient diminuer le taux d'HbA1C et augmenter les connaissances des personnes sur l'autogestion de leur diabète.

D'ailleurs, une revue systématique de type Cochrane par Attridge et al. (2014) présente aussi les bienfaits des interventions d'éducation à la santé culturellement adaptées auprès des patients diabétiques de type 2 issus d'une *minorité ethnique*. Les résultats de cette revue démontrent que les interventions culturellement adaptées auprès de cette population ont le potentiel d'améliorer les taux d'hémoglobine glyquée et de cholestérol et engendrent une amélioration significative des connaissances sur le diabète et de son autogestion. Une éducation de la santé culturellement adaptée ne veut pas seulement dire de traduire les interventions dans la langue parlée des personnes, mais aussi adapter la façon d'expliquer et les méthodes d'apprentissage doivent être culturellement congruentes selon les besoins de la communauté (Hawthorne et al., 2010).

Partenariat intersectoriel

Face à certains obstacles contextuels et culturels qui ont été discutés et qui affectent une bonne gestion du T2DM auprès d'une population vivant dans un contexte de diversité, plusieurs études ont souligné l'importance et les bénéfices du travail en partenariat intersectoriel (Peek, et al., 2014). L'action de partenariat réfère à la mobilisation des forces et responsabilités respectives de plusieurs acteurs de différents secteurs dans le but de créer un contexte où le bien-être de la population est l'objectif principal (Bilodeau, Marchand et Lapierre, 2003).

Plusieurs programmes de prévention et gestion du T2DM en partenariat avec des organismes communautaires ont démontré des résultats significatifs par rapport au contrôle du T2DM et à l'appréciation de ces programmes par les populations de diverses ethnicités (DePue et al., 2013; Gary et al., 2009; Peek et al., 2014; Spencer et al., 2011). Une revue systématique et méta-analyse par Palmas et al. (2015) a démontré que des programmes de suivi des personnes atteintes

de T2DM en partenariat avec des intervenants des organismes communautaires pouvaient diminuer le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) (différence moyenne standardisée de 0.21).

Parmi les programmes de prévention/gestion du T2DM existants, Allen et al. (2011) ont effectué un essai contrôlé randomisé (ECR) ayant pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme de réduction de risques mise en place par une infirmière praticienne spécialisée (IPS) et un intervenant d'organisme communautaire (IOC) pour améliorer le taux de lipides, la pression artérielle et HbA1c des patients d'un centre de santé communautaire urbain à Baltimore. Le programme comprenait des séances de counseling éducationnel et comportemental sur la modification des comportements de santé, sur la gestion pharmacologique, l'identification des barrières à l'observance et au contrôle des facteurs de risque ainsi que des suivis téléphoniques entre les séances.

Dans le programme du groupe d'intervention, l'IPS avait un rôle de coordonnateur de cas pour chacun des participants. Elle s'occupait de l'évaluation initiale, le plan d'intervention adapté, l'intervention comprenant la modification des comportements de santé, de la titration de la médication et prescription, de la consultation avec le médecin traitant et la supervision de l'IOC. Pour ce qui est de l'IOC, son rôle était de travailler avec les participants sur les barrières nuisant l'observance aux traitements incluant les problèmes dans leurs vies qui n'étaient pas nécessairement en lien avec la santé cardiovasculaire. De plus, l'IOC renforçait l'enseignement fait par l'IPS sur la modification des comportements de santé et travaillait ensemble avec les participants pour trouver des stratégies efficaces pour atteindre leurs objectifs. La fréquence et l'intensité des suivis étaient guidées par un algorithme clinique préétabli par l'IPS et le programme a duré un an.

Les résultats de l'étude ont démontré que le groupe recevant l'intervention a eu des résultats significativement meilleurs que le groupe contrôle. Après 12 mois d'intervention, comparativement au groupe recevant les soins usuels, il y a eu une diminution du taux de cholestérol (différence de 19.7 mg/dL), une diminution de 15.9 mg/dL pour le taux de cholestérol LDL, 16.3 mg/dL pour les triglycérides, 6.2 mm Hg pour la pression systolique, une baisse de 3.1 mmHg pour la pression diastolique, une diminution de 0.5% pour l'HbA1c et une augmentation de 1.2 point pour la perception de la qualité des soins de leur maladie chronique.

Dans le même ordre d'idée, une ECR par Gary et al. (2014) avait pour but de décrire l'effet d'une intervention intensive par une infirmière gestionnaire de cas et un intervenant d'un organisme communautaire sur le contrôle du diabète de type 2 en évaluant l'effet sur les visites aux urgences, l'hospitalisation, l'HbA1c, l'IMC, la pression artérielle et les valeurs lipidiques auprès d'une population vivant dans un contexte d'immigration n= 269. L'intervention intensive consistait à mettre en place un plan d'action d'intervention (PAI) comprenant des interventions comportementales et éducatives culturellement adaptées sur les facteurs prédisposant, les facteurs favorables et les facteurs de renforcement auprès de chaque individu. Le PAI se concentrait sur les aspects suivants : nutrition, activité physique, observance aux médicaments, rendez-vous, soins de pieds et aux problèmes socioéconomiques. Les résultats de l'étude sont assez similaires à l'article d'Allen et al. (2011). En effet, le groupe intervention a eu des résultats significatifs par rapport au taux de HDL-C (augmentation de 1.2 mg/dL), diminution de 3.5 mm d'Hg de la pression diastolique, diminution de 0.69% de HbA1c, une baisse de 34% des visites aux urgences et une diminution de 9% par rapport à l'hospitalisation. Les deux modèles de partenariat ont donc démontré des résultats significatifs, que ce soit par un partenariat entre une IPS et un IOC ou une infirmière gestionnaire de cas et un IOC.

Défis associés à un partenariat intersectoriel

Au Québec, la contribution des organismes communautaires dans le développement du domaine de la santé et des services sociaux ont été reconnu grâce à la réforme des années 90 sur la Loi des services de santé et services sociaux ainsi qu'une politique sur la reconnaissance des organismes communautaires en 2002 (Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en centre de santé et services sociaux (RQIIAC), 2014). Les organismes communautaires travaillent auprès des personnes qui vivent dans des situations de vulnérabilité en amont avec les établissements de santé (RQIIAC, 2014). De plus, selon l'article 100 de la loi 83, les instances locales telles que les CSSS ont l'obligation de susciter et d'animer des collaborations avec les autres intervenants de différents secteurs, entre autres, les intervenants des organismes communautaires afin de travailler sur les déterminants de la santé et sociaux pour le bien-être de la population (Bilodeau, Beauchemin, Bourque et Galarneau, 2011).

Toutefois, la réforme engendrée par le projet de Loi 10 mise en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015, une loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, pourraient influencer les décisions des gestionnaires à mettre en place un nouveau partenariat entre le CLSC et un organisme communautaire.

D'après Bilodeau et al., (2011), la réforme du système de la santé en 2003 a provoqué une période de bris de services, plusieurs changements de personnel à l'intérieur des CSSS et la fin de plusieurs liens et ententes informelles avec des partenaires. Ainsi, l'instabilité au niveau des postes des gestionnaires/cadres ainsi que la période d'austérité engendrée par la nouvelle réforme pourrait constituer des défis à la création d'un nouveau partenariat intersectoriel. Cependant,

selon Doyon (2015), la réussite de l'actuelle réforme sera liée à la capacité des nouveaux CIUSSS à entretenir des liens de proximité avec les communautés locales afin de répondre aux besoins plus complexes de la population.

Outre la nouvelle réforme du système de la santé, la structure organisationnelle et culturelle des établissements de santé et des organismes communautaires peuvent aussi être des défis à relever pour former un partenariat entre les deux instances (Bilodeau et al., 2011; Brownstein, Hirsch, Resenthal & Rush, 2011; Clément, Tourigny & Doyon, 1999; Johnson & Gunn, 2015). Par exemple, une étude par Bilodeau et al., (2011) sur le partenariat entre des CSSS et des organismes communautaires dans un programme d'ITSS a illustré que les inégalités structurelles (statuts, pouvoir et ressources) des deux établissements pouvaient contribuer à des rapports tendus entre les acteurs et ainsi affecter le travail de collaboration des parties prenantes. De plus, il en ressort de cette même étude que la pérennité des interventions peut aussi être une autre difficulté en lien avec le développement des programmes entre des organisations de santé en premières lignes et des organismes communautaires. Les auteurs expliquent cela par le fait que les ententes entre les organismes communautaires et les CSSS ne sont pas toujours des ententes formelles et écrites. De plus, le roulement du personnel dans les établissements de premières lignes et le manque de ressources des organismes communautaires peuvent aussi être des facteurs qui peuvent nuire à former un partenariat intersectoriel efficace (Bilodeau et al., 2011).

³ *Minorité ethnique* a été écrit en italique dans le texte, car ce sont des façons peu uniformes dans les écrits de se référer à certaines populations.

Opportunités associées à un partenariat intersectoriel

Malgré la complexité qui en ressort de travailler en partenariat avec des organismes communautaires, les opportunités et les avantages sont nombreux. Selon l'étude de Peek et al. (2014), une équipe formée d'une infirmière et d'un intervenant de la communauté possède des compétences et atouts supplémentaires permettant d'offrir un large éventail de soutien aux personnes. Les infirmières peuvent offrir des soins cliniques, une éducation plus approfondie et coordonner les soins, tandis que les intervenants de la communauté peuvent travailler sur la complexité entourant le contexte de vie et les dimensions culturelles et linguistiques qui entrent en ligne de compte la contribution des savoirs expérientiels des partenaires (Peek et al., 2014).

Plusieurs avantages ont été identifiés à travailler avec des IOC : 1) ces personnes travaillent généralement dans leur propre communauté; 2) elles partagent souvent les mêmes caractéristiques culturelles et linguistiques ; et 3) elles sont en mesure de bâtir plus facilement un lien de confiance avec la population de par leur proximité et connaissance approfondie de la communauté (Allen et al., 2011). Ce sont aussi des personnes reconnues pour créer des liens avec le système de la santé, les résidents locaux et les différentes organisations à base communautaires (Johnson et Gunn, 2015).

Par exemple, une étude qualitative par Heisler et al., (2009) avait pour but d'examiner les éléments d'interventions qui ont contribué au succès d'un programme d'autogestion de diabète (*REACH Detroit*) offert par des intervenants d'organismes communautaires à des personnes afro-américaines et latinos vivant avec le diabète de type 2. Les principaux résultats de l'étude ont permis de démontrer qu'avant d'avoir participé au programme *REACH*, les participants ont affirmé avoir reçu peu d'informations par leurs professionnels de la santé quant à une gestion

efficace du diabète, ils avaient aussi peu d'attentes de la part de leurs médecins et ne se sentaient pas à l'aise à leur poser des questions ou de faire des demandes spécifiques sur leur état de santé. Les participants ont indiqué que le programme *REACH* leur a permis de mieux gérer leur diabète grâce à des informations claires et détaillées sur le diabète et son autogestion, une éducation et formation sur des stratégies spécifiques pour atteindre leurs objectifs, un accompagnement continu et sans jugement pour favoriser leur motivation et confiance en soi. Le programme *REACH* a aussi offert un soutien social qui leur a aidé à mieux gérer leur diabète.

Ainsi, dans le contexte où 40% de la population du territoire du CLSC SLSM n'ont pas accès à des médecins de famille et qui doivent se présenter dans des cliniques sans rendez-vous pour leurs ajustements de médicaments/ suivi de T2DM, un corridor de services avec des IOC/IPL pourrait être avantageux pour mieux accompagner ces personnes dans leur expérience de santé.

Stratégies gagnantes associées à un partenariat intersectoriel

D'après une étude exploratoire sur les facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un CLSC et un organisme communautaire, pour qu'un partenariat intersectoriel puisse succéder, il est important de respecter la nature organisationnelle des deux établissements, d'avoir recours à une personne ressource pour coordonner les deux instances, d'avoir un partage équitable des responsabilités et des devoirs de chacune des parties, une entente claire et bien définie du partenariat et d'adopter des objectifs communs de partenariat en ayant le bien-être de la clientèle comme objectif principal du partenariat (Clément et al., 1999). De plus, un partage égal des pouvoirs et responsabilités préalablement écrit par un contrat clair et consenti par les deux établissements est aussi recommandé (Clément et al., 1999). D'ailleurs, ce sont des recommandations qui ont aussi été soulevées dans l'étude de Johnson et Gunn (2015),

particulièrement, en ce qui concerne l'importance de clarifier le rôle et l'étendue de pratique de chaque membre.

Les professionnels de la santé devraient principalement se focaliser sur la force des intervenants de la communauté comme étant des personnes liens, des agents facilitateurs qui jouent un rôle d'*advocacy* avec la communauté de par leur profonde compréhension des contextes sociaux et culturels de la vie des personnes de la communauté et en améliorant ainsi la communication entre les intervenants de la santé et les patients (Brownstein et al., 2011). De plus, les auteurs soulignent l'importance d'avoir recours à des protocoles de communications efficaces dans les espaces de travail afin de tenir informés des résultats aux intervenants des organismes communautaires et d'encourager le partage des informations entre les acteurs (Brownstein et al., 2011). Il y a aussi nécessité d'offrir une formation aux intervenants des organismes communautaires et aux professionnels de la santé pour mieux comprendre l'organisation structurelle et culturelle (Brownstein et al., 2011; Clément et al, 1999).

L'outil de partenariat présenté par Bilodeau et al. (2003) est aussi pertinent à analyser pour mieux comprendre les éléments permettant de succéder à un partenariat intersectoriel. Selon Bilodeau et al., (2003), l'action de partenariat exige de mettre en commun des savoirs et des ressources qui peuvent demander d'apporter des changements au niveau organisationnel de deux établissements. L'outil présenté par Bilodeau et al. (2003) permet d'avoir des repères pertinents pour réussir à former un partenariat avec des acteurs travaillant dans différents organismes. En résumé, les auteurs proposent de commencer par comprendre les acteurs, d'élaborer des ententes et de trouver de nouvelles solutions et pour y arriver, ils suggèrent d'entamer une participation

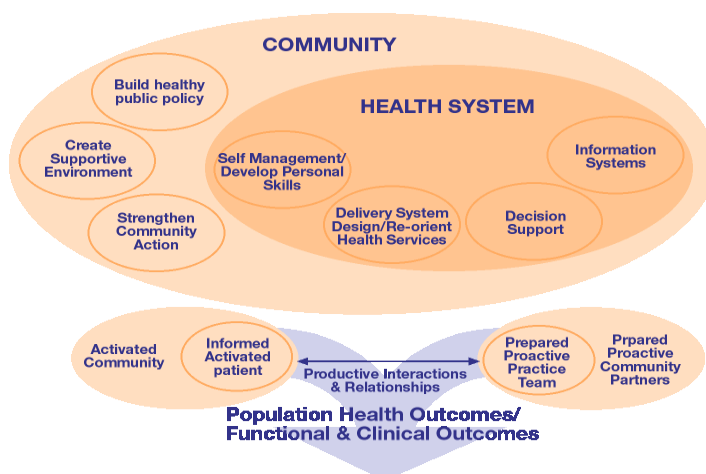
dynamique de la part des acteurs, d'égaliser les rapports de pouvoir et de fusionner les différents savoirs (Bilodeau et al., 2003).

Cadre de référence

L'*Expanded Chronic Care Model (ECCM)* est un cadre de référence qui permet de guider l'implantation d'un partenariat entre un établissement de santé et un organisme communautaire pour une meilleure prise en charge du T2DM. C'est un cadre de référence adapté du *Chronic Care Model (CCM)* initialement développé en 2001 par Wagner et al. pour améliorer la gestion des maladies chroniques. Le CCM regroupe les actions d'interventions en lien avec les maladies chroniques sous trois grandes sphères : la communauté, le système de santé et la prestation de services (Dancer & Courtney, 2010). Il s'articule autour de six éléments visant la qualité des soins des maladies chroniques, soit : 1) l'organisation de l'offre et de la prestation des services (planification des programmes de gestion de maladies chroniques) ; 2) le soutien à l'autogestion (enseignement et soutien pour auto soins aux patients/familles); 3) le soutien à la décision clinique (transfert de connaissances/ intégrer les bases de données dans la pratique) ; 4) le développement des systèmes d'informations cliniques (développer un système informatique pour une meilleure prise en charge des patients) ; 5) l'utilisation des ressources communautaires (développer des partenariats avec les organismes communautaires/référer les patients vers les organismes); et 6) l'organisation de l'ensemble du système de santé (développer le rôle et la pratique des membres de l'équipe de soins pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques) (Dancer & Courtney, 2010).

Afin de mieux intégrer les éléments de prévention et promotion de la santé dans le *CCM*, Barr et al. (2003) ont adapté le modèle pour pouvoir répondre aux éléments en lien avec les déterminants de la santé, et ce, en intégrant davantage la communauté dans le système de la santé.

L'*ECCM* répond bien à l'intérêt principal de travailler en partenariat avec les organismes communautaires pour une meilleure prise en charge du T2DM pour les populations vivant dans un contexte de vulnérabilité.



Created by: Victoria Barr, Sylvia Robleson, Brenda Marlin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Revonadale (2002)
 Adapted from 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*.

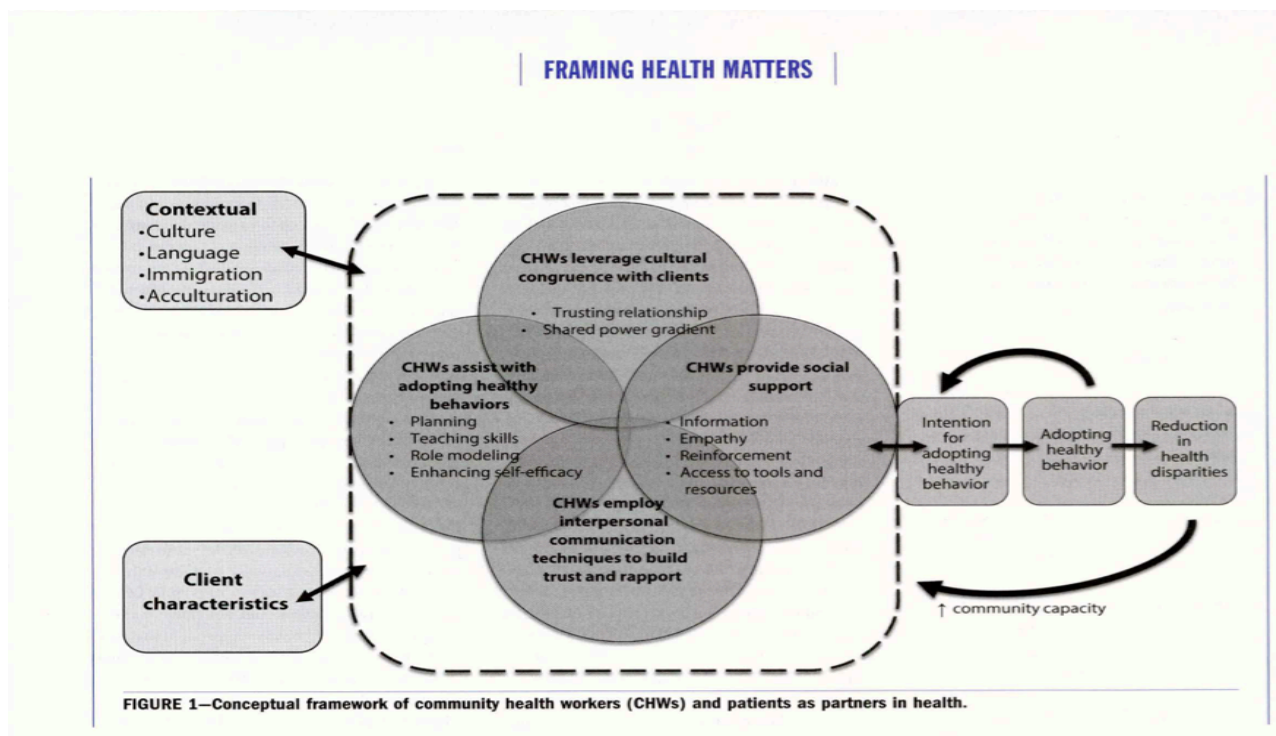
L'étude de Jenkins et al. (2010) démontre comment plusieurs actions à base communautaires tels que *the Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH) Charleston and Georgetown Diabetes Coalition* ont adapté le CCM pour améliorer la gestion du T2DM en mettant l'emphase sur l'aspect communautaire. Le modèle adapté à l'approche communautaire tel que démontré par Jenkins et al. (2010) comprend un système d'information qui donne accès aux groupes d'organismes communautaires aux informations et soins cliniques, aux recherches, programmes, ressources et autres besoins. Pour l'élément de l'organisation structurelle du système de santé, l'*ECCM* propose des procédures systémiques sur les rôles, responsabilités et tâches des membres de la communauté pour mieux et prévenir et gérer le T2DM. Pour ce qui est du soutien à la décision clinique, l'ajout de la composante communautaire comprend des lignes directrices soutenues par des données probantes sur les activités éducatives

offertes en collaboration avec les membres de la communauté. Ensuite, l'élément sur le soutien à l'autosoin comprend des activités éducatives sur les soins offerts par des intervenants des organismes communautaires et des professionnels de la santé. Enfin, l'utilisation des ressources communautaires comprend la formation de partenariat avec les organismes communautaires pour développer et soutenir des programmes qui permettent de mobiliser plusieurs acteurs pour une gestion efficace du T2DM. Ainsi, les différents éléments de ce modèle conceptuel sont des repères théoriques nécessaires à prendre en considération avec les différentes parties prenantes avant de former un partenariat intersectoriel pour une gestion efficace du T2DM dans un contexte de vulnérabilité.

L'élément le plus important de l'ECCM en lien avec le projet de stage réfère à l'utilisation des ressources communautaires. Pour mieux guider les différents partenaires à l'utilisation des ressources communautaires, Katigbak, Devanter, Islam et Trinh-Shevrin (2015) présentent un modèle qui explique le rôle des intervenants des organismes communautaires pour faciliter les changements de comportements favorables à la santé. Selon le modèle présenté par Katigbak et al. (2015) quatre composantes peuvent influencer l'intention des personnes vivant dans un contexte d'immigration à adopter des comportements favorables à la santé. Premièrement, les auteurs mentionnent la contribution de la congruence culturelle des IOC avec les personnes concernées. La congruence culturelle fait référence aux valeurs, croyances, langue, identité culturelle et expérience d'immigration similaire entre les deux parties. Ce sont des éléments facilitant la compréhension et la confiance mutuelle entre l'IOC et la personne concernée. Ensuite, la deuxième composante réfère aux techniques de communication interpersonnelle (telles que le respect mutuel et une dynamique de pouvoir équitable) utilisées par les IOC pour créer un climat de confiance. La troisième composante est le soutien social offert

par les IOC pour faciliter l'adoption des comportements favorables à la santé. Par exemple, en partageant des informations justes pour augmenter les connaissances des personnes concernées, en offrant de l'empathie, en utilisant des outils et ressources pour réussir à apporter des changements et en prodiguant des conseils et suggestions qui aident les personnes concernées à mieux construire et comprendre leurs progrès (Katigbak et al., 2015). La quatrième composante du modèle de Katigbak et al. (2015) fait référence à l'assistance des IOC à l'adoption de saines habitudes de vie en utilisant des plans réalistes et réalisables, en enseignant des techniques pour réussir à atteindre les objectifs, en agissant comme personne modèle et en travaillant sur leur auto-efficacité (Katigbak et al., 2015). Ainsi, un partenariat intersectoriel entre les infirmières en premières lignes et les IOC permettra de combiner les forces et les expertises respectives de chaque partie pour faciliter l'adoption de comportements favorable à la santé et par conséquent, la gestion du T2DM en contexte de diversité.

(Katigbak et al., 2015)



CHAPITRE 3

PRÉSENTATION DU DÉROULEMENT DU STAGE

Cette section du rapport présente le milieu de stage choisi ainsi que les démarches effectuées pour le réaliser : les étapes préparatoires au stage, les différentes interventions réalisées avant et pendant le stage, un bilan des entretiens individuels et de groupe ainsi que les activités marquant la fin du présent stage.

3.1 DESCRIPTION DU MILIEU DE STAGE

Les deux milieux choisis pour le déroulement du projet de stage sont le CLSC SLSM du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, spécifiquement auprès des personnes responsables des soins de premières lignes et de la clinique cardiométabolique du CLSC. Ensuite, l'organisme communautaire la Maison d'Haïti, situé dans le quartier St-Michel. Les CLSC SLSM desservent une population de 129 915 personnes et la principale mission de l'établissement est de contribuer au bien-être de la population en faisant de la promotion de la santé, prévention des maladies et préservation de la santé. Les principales valeurs prônées par cette institution de première ligne sont la solidarité, l'équité, le respect mutuel, le travail d'équipe et le professionnalisme. La Maison d'Haïti pour sa part est un organisme communautaire à but non lucratif ayant pour mission de promouvoir l'intégration et l'amélioration des conditions de vie des personnes immigrantes du territoire. Ces deux établissements s'avéraient donc un choix judicieux pour mettre en place l'intervention proposée étant donné les préoccupations importantes du personnel des deux instances quant à la prévalence élevée de T2DM auprès des populations vulnérables du territoire.

3.2 ACTIVITÉS PRÉLIMINAIRES AU STAGE

3.2.1 Choix des partenaires clés pour former le partenariat intersectoriel.

Les différents acteurs choisis pour répondre aux objectifs du stage ont été ciblés en collaboration avec l'infirmière-chef du CLSC SLSM ainsi que la directrice générale de la Maison d'Haïti. Un total de huit personnes ont été choisies pour effectuer les différents entretiens individuels et la rencontre de groupe pour pouvoir examiner ensemble la possibilité de former un partenariat intersectoriel entre le CLSC SLSM et la Maison d'Haïti. Les partenaires choisis ont tous été acceptés et validés par la directrice et co-directrice de stage.

Les principaux acteurs clés du CLSC choisis pour répondre aux objectifs du stage étaient le chef d'administration des services généraux, la conseillère-cadre en soins infirmiers ayant comme principaux dossiers les maladies chroniques et la santé publique (personne ressource pour le projet de stage), le coordonnateur au développement des communautés et santé publique, l'infirmière clinicienne de la clinique cardiométabolique et l'infirmière conseillère en prévention clinique. Ensuite, pour la Maison d'Haïti, les parties prenantes étaient la directrice générale de la Maison d'Haïti, la professeure des cours d'alphabétisation et francisation, l'intervenante responsable du dossier Femme et une intervenante ayant déjà travaillé sur plusieurs thématiques de la santé en collaboration avec des établissements de premières lignes. Le stage clinique a été débuté le 30 septembre et s'est terminé le 5 janvier 2016. (Voir Annexe 1)

3.2.2 Rencontre avec les différents partenaires clés.

Une fois que les personnes clés des deux établissements ont été ciblées, une courte rencontre formelle a été effectuée pour leur faire part du projet de stage et obtenir leur

consentement à participer au projet. Étant donné qu'une bonne relation professionnelle était déjà préalablement établie avec les différents collègues, les huit personnes choisies ont démontré un grand intérêt à participer au projet de stage. Les partenaires ont été informés qu'une lettre leur sera envoyée prochainement pour expliquer davantage le but, les objectifs, leur rôle pour le projet de stage ainsi que leurs disponibilités pour une première rencontre individuelle.

3.2.3 Activités préalables au stage.

Une des premières activités réalisées avant le stage était l'observation du milieu communautaire. Le principal objectif de cette activité était de mieux comprendre la structure organisationnelle d'un organisme communautaire, se familiariser avec les différents intervenants et participer aux nombreuses activités offertes par la Maison d'Haïti. Par exemple, la participation en tant que bénévole à la Foire Santé St-Michel organisée par la Maison d'Haïti et la fondation des médecins Canado-Haïtiens a permis d'observer les différents besoins de la population du territoire St-Michel. Les données recensées dans cette foire santé a permis d'avoir un portrait général de la situation de santé des personnes participant à cette foire et ces données ont été pertinentes à présenter aux gestionnaires du CLSC pour démontrer l'importance du partenariat intersectoriel pour mieux prendre en charge ces personnes.

Ensuite, des rencontres individuelles avec la personne ressource du milieu (l'infirmière conseillère cadre du CLSC) ont aussi été faites toutes les deux semaines tout au long de la préparation des différentes activités de stage. Ces périodes étaient pertinentes pour mieux comprendre le rôle de l'infirmière en pratique avancée dans le développement de programmes de prévention et de promotion de la santé en soins de première ligne et aussi de préparer ensemble les rencontres individuelles et la rencontre de groupe.

3.2.4. Préparation des outils de travail.

Préalablement aux rencontres individuelles avec les différentes parties prenantes, une lettre d'invitation leur a été envoyée suivie d'un document *Doodle* pour avoir leur disponibilité pour une première rencontre (voir Annexe 2). Ensuite, une revue des écrits sur les perceptions/préoccupations des professionnels de la santé et des intervenants de la communauté sur le travail en partenariat intersectoriel avait été faite. De plus, à partir des thèmes de la recension des écrits, un guide d'entrevue individuelle (voir Annexe 3) comprenant environ six questions sur le thème du partenariat intersectoriel entre un CLSC et un organisme communautaire pour la prévention/gestion du T2DM a été rédigé. Ce guide a servi d'outil pour mieux guider et cadrer les échanges. Le guide utilisé avait été corrigé et validé par la directrice, la codirectrice ainsi que la personne ressource du milieu.

Suite aux rencontres individuelles, un tableau synthèse a été rédigé résumant les résultats des entretiens avec chacun des parties prenantes (voir Annexe 4).

Ensuite, un document PowerPoint d'environ 24 diaporamas a été élaboré pour structurer la rencontre de groupe en faisant ressortir les points importants des entrevues individuelles et les recommandations proposées dans les bases de données probantes (voir Annexe 5). Une recension des écrits a donc été initialement faite sur les éléments et stratégies nécessaires pour mettre en place des programmes de gestion du T2DM en collaboration avec les organismes communautaires. Ensuite, des exemples de partenariat intersectoriel recensés dans les écrits scientifiques ont été schématisés et insérés dans la présentation PowerPoint pour la période de discussion de groupe.

3.3 INTERVENTIONS

Cette section présentera les trois principales interventions et activités réalisées pendant le stage.

1) Discussions individuelles

Les discussions individuelles étaient établies avec quatre membres du CLSC et quatre membres de la Maison d'Haïti. Les entretiens se sont effectués dans le milieu respectif de chaque personne selon leurs disponibilités. La durée de l'entretien était d'environ une heure à 90 min. Ces discussions ont été faites avant la rencontre de groupe afin de permettre d'échanger avec les parties prenantes individuellement sur leur perception des défis et opportunités à travailler en partenariat intersectoriel pour la prévention/gestion du T2DM. Les échanges ont aussi permis d'obtenir les perspectives des différentes parties prenantes sur la possibilité/ faisabilité de mettre en place un partenariat intersectoriel selon leurs expériences personnelles.

Afin de mieux structurer les discussions individuelles, un guide d'entretien comprenant six questions ouvertes a été rédigé. Le guide d'entretien a été basé sur une recension des écrits préalablement effectués sur le thème de partenariat intersectoriel entre un CLSC et un organisme communautaire ainsi qu'un questionnaire élaboré par Bilodeau et al. (2009) sur un partenariat intersectoriel entre des organismes communautaires et des CLSC en lien avec un programme d'ITSS. Le guide d'entretien débute par une définition d'un partenariat intersectoriel, ensuite les questions sont en lien avec la conception de la problématique par rapport à la gestion du T2DM en contexte de diversité, les rapports de partenariats déjà existants, la perception du rôle et fonction des intervenants d'organismes communautaires face à la gestion/prévention du T2DM, ainsi que les défis, opportunités et pistes de solutions par rapport au partenariat intersectoriel.

Les résultats des entretiens individuels ont été analysés, synthétisés et des liens ont été effectués avec les données probantes. Les principaux thèmes qui ont ressorti de l'analyse des discussions individuelles sont la préoccupation importante de la prévalence élevée du T2DM, les défis associés aux manques de ressource financière et humaine, des expériences généralement positives du travail en partenariat intersectoriel, la perception des forces et atouts des IOC et les pistes de solutions pour réussir à former un partenariat intersectoriel. Une description approfondie des thèmes est présentée en Annexe 4.

2) Discussion de groupe

La deuxième intervention du projet de stage était de planifier et animer une rencontre de groupe avec les différents partenaires afin de discuter de la possibilité de former un partenariat entre la Maison d'Haïti et le CLSC SLSM. La rencontre s'est déroulée dans un local de la Maison d'Haïti et elle a duré environ deux heures. Le groupe était composé de huit personnes : la directrice de stage, la codirectrice de stage, l'infirmière-chef de programme du CLSC, la conseillère-cadre en soins infirmiers (personne ressource), l'infirmière conseillère en prévention clinique, la directrice générale de la Maison d'Haïti et deux autres intervenants de la Maison d'Haïti.

Afin de structurer la rencontre de groupe, un document PowerPoint avait initialement été préparé selon les commentaires/suggestions de la directrice de stage, la codirectrice et la personne ressource du milieu (Annexe 5). Le plan de la présentation était comme suit : présentation des différentes parties prenantes, une brève présentation de la Maison d'Haïti par la directrice générale et une courte présentation de la clinique cardio métabolique par la chef de programme du CLSC. Ensuite, une présentation détaillée des cadres conceptuels par l'étudiante.

Par la suite, trois modèles de partenariat intersectoriel ont été présentés aux partenaires et une période de discussion s'en est suivie. La prochaine étape a été une discussion de groupe sur les résultats de l'analyse des entretiens individuels afin que tous puissent mieux connaître les différences et similarités des points de vue sur le thème d'un partenariat intersectoriel entre les deux établissements. Une copie papier synthétisant les entretiens individuels a été remise à chaque personne (Annexe 4). Selon Bilodeau et al., (2003), la première étape d'un partenariat efficace consiste à mieux comprendre les acteurs en explorant leurs interactions, leurs positions, les divergences et similarités de leurs points de vue. Ensuite, à partir des perceptions de chaque acteur par rapport au tableau synthèse, une réflexion de groupe a été entamée sur les stratégies à mettre en place pour une gestion efficace du T2DM d'une population vivant dans un contexte de diversité. Cette étape est en lien avec la deuxième partie du partenariat présentée par Bilodeau et al. (2003) faisant référence à l'étape de chercher à résoudre les controverses en créant de nouvelles solutions. À cette étape-ci, les stratégies et recommandations telles que retrouvées dans la littérature scientifique ont été présentées aux partenaires. Il y a aussi eu une période d'échanges et de discussions sur la faisabilité et applicabilité d'un partenariat intersectoriel visant la présence d'une infirmière en première ligne à la Maison d'Haïti pour une gestion de qualité du T2DM auprès des communautés desservies. Par la suite, les nouveaux éléments relevés pendant la discussion ont été ajoutés à la présentation PowerPoint et une synthèse des recommandations basée sur les échanges et la recension des écrits a été envoyée à tous les participants (voir Annexe 6).

3) Activité de partage de connaissances

La dernière activité de stage a été de présenter l'analyse et les résultats de la rencontre de groupe pendant une des rencontres cliniques du CLSC. Les infirmières en premières lignes du

CLSC SLSM étaient invitées à participer et émettre leurs commentaires quant au projet de l'étudiante. Plusieurs participantes n'étaient pas au courant des activités offertes par la Maison d'Haïti et elles ont affirmé la pertinence de connaître et de créer des liens avec les organismes communautaires. Les infirmières en premières lignes ont confirmé la problématique en lien avec le T2DM chez la population vivant dans un contexte d'immigration ainsi que le grand nombre de personnes vulnérables vivant avec le T2DM qui se présente en sans rendez-vous médical du CLSC. Ainsi, le partenariat intersectoriel était perçu comme une stratégie gagnante pour mieux accompagner les personnes à adopter de saines habitudes de vie et renforcer l'autogestion de leurs maladies.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Cette section du travail présente les résultats obtenus et une analyse réflexive sur ces derniers. Les principaux thèmes ressortis des entrevues individuelles et de groupe ont été analysés et des liens ont été effectués avec des écrits scientifiques (Annexe 6). En résumé, les principaux résultats du rapport démontrent que l'organisation structurelle et culturelle des deux instances, le manque de ressources financières et la difficulté de reconnaissance des expertises des IOC étaient des défis associés à la formation d'un partenariat intersectoriel. Des expériences positives de partenariat, des modèles fonctionnels de partenariat, des ententes claires avec des responsabilités partagées et une formation aux IOC étaient perçues comme des éléments facilitants la mise en place d'un partenariat intersectoriel.

4.1 Thèmes principaux

Ce que les partenaires comprennent du problème

Selon les données recueillies lors des entretiens individuels auprès des professionnels du CLSC, la problématique en lien avec la prévalence élevée de T2DM auprès des populations vivant dans un contexte de diversité du territoire est une importante préoccupation du milieu. Les différentes partenaires ciblées se disent concernées par la problématique et trouvent important de discuter ensemble pour trouver des pistes de solutions. Les facteurs stress, statut socioéconomique, expérience d'immigration et vulnérabilité de la clientèle étaient des thèmes qui ressortaient le plus souvent pour expliquer la conception de la problématique. Ces propos rejoignent les résultats des études d'Adhikari et Sanou (2012); Harrison (2014) et Pilkington et al. (2011) qui ont démontré que le niveau de scolarité, le statut socioéconomique et le stress vécu par l'expérience d'immigration étaient des facteurs de risque à la prévention et gestion du T2DM.

Les intervenants de la communauté, pour leur part, ont associé la problématique du T2DM élevé dans le territoire surtout avec l'alimentation difficile à contrôler, les croyances contraignantes et le stress relié au faible statut socioéconomique et l'instabilité qui fait en sorte que l'état de leur santé devient une de leur dernière priorité. En effet, ces données corroborent avec les résultats des études d'Anderson-Loftin et al. (2005), Harisson (2014) et Vincent et al., (2007) qui démontrent que le contrôle de l'alimentation est tout un défi pour plusieurs groupes de populations vivant dans un contexte d'immigration. L'étude qualitative de Pilkington et al., (2011) et les résultats de l'étude d'Adhikari et Sanou (2012) ont aussi démontré que le stress vécu par une expérience d'immigration en plus d'un faible statut socioéconomique serait une des barrières à une gestion efficace du T2DM.

Ce qui est proposé

Autant au niveau des professionnels du CLSC que ceux de la Maison d'Haïti, une ouverture au travail en partenariat intersectoriel des gestionnaires ainsi que les ressources nécessaires pourraient aider à mieux gérer la problématique. Les partenaires du CLSC pour leur part rajoutent l'importance de l'implication d'un médecin ou d'une IPS qui pourraient aider à répondre aux besoins de la population plus vulnérable du territoire. Les intervenants de la Maison d'Haïti mentionnent qu'une des stratégies les plus optimales serait l'implication du CLSC dans les activités de promotion de la santé et prévention des maladies offertes par la Maison d'Haïti. D'ailleurs, il en ressort de plusieurs écrits que la collaboration des professionnels de la santé avec les intervenants des organismes communautaires pourrait aider à mieux gérer les barrières nuisant une gestion efficace du T2DM auprès des populations vivant dans un contexte de diversité (DePue et al., 2013; Gary et al., 2009; Peek et al., 2014; Spencer et al., 2011).

Expérience de travail en partenariat intersectoriel

La plupart des acteurs clés ont mentionné avoir eu des expériences positives à travailler en partenariat avec des organismes communautaires. Les expériences étaient surtout positives lorsque le partenariat était égalitaire et que les objectifs des deux parties étaient communs. Pour les intervenants du CLSC, des résultats significatifs et la pérennité des interventions étaient des éléments importants à prendre en considération. Pour ce qui est des intervenants de la Maison d'Haïti, la volonté des professionnels de la santé à vouloir former un partenariat et la répartition équitable des tâches étaient des points importants. Ces derniers points sont en lien avec l'article de Clément et al. (1999) qui recommande d'établir un contrat clair et écrit avant de débiter un partenariat intersectoriel en y précisant clairement les rôles, les responsabilités et les tâches de chacun.

Perceptions du rôle et fonction des intervenants formant un partenariat

Les partenaires clés du CLSC ont décrit les intervenants des organismes communautaires comme étant des agents multiplicateurs qui peuvent effectuer du recrutement et repérage de la clientèle plus vulnérable. De plus, ce sont des intervenants qui connaissent beaucoup de ressources aidantes qui peuvent répondre aux besoins plus urgents de la population plus vulnérable tout comme le souligne l'étude de Peek et al. (2014). Quelques partenaires clés du CLSC ont aussi mentionné la force des intervenants de la communauté à animer des activités.

Les intervenants de la communauté pour leur part ont affirmé avoir une proximité directe avec la population facilitant ainsi la formation de liens de confiance. De plus, ils affirment avoir une bonne connaissance de la culture, des habitudes de vie et des besoins de leur population. Ils ajoutent aussi que la Maison d'Haïti est souvent la porte d'entrée pour les nouveaux arrivants qui

viennent chercher des services ou suivre des cours d'alphabétisation/francisation. Ainsi, il se retrouve à être en contact direct avec une clientèle vulnérable qui ne connaît pas nécessairement tous les services de soins de santé disponibles dans leur secteur. Ces éléments sont aussi présentés dans l'article de Shah, Kaselitz et Heisler (2013) dans lequel on peut voir les avantages à travailler avec des intervenants des organismes communautaires surtout en ce qui a trait à leur proximité et bonne connaissance de la population qu'ils desservent.

Défis, opportunités et pistes de solutions

Les participants des deux établissements ont souligné le manque de ressource comme étant un des plus grands défis pour mettre en place un partenariat intersectoriel. De plus, la différence par rapport à l'organisation de travail des deux établissements était aussi des éléments qui peuvent nuire à la formation d'un partenariat entre le CLSC et la Maison d'Haïti. Plusieurs intervenants du CLSC ont mentionné l'horaire très chargé de l'infirmière de la clinique cardiométabolique et le manque de personnel comme étant des facteurs qui peuvent freiner la collaboration avec les intervenants des organismes communautaires. Le peu de reconnaissance des expertises des IOC à offrir des activités éducatives dans un OC était aussi une des préoccupations des partenaires du CLSC.

Toutefois, selon les parties prenantes, il y a plusieurs opportunités à travailler en partenariat intersectoriel, entre autres, la facilité des intervenants de la communauté à effectuer du *outreach*, la multiplication des forces et des connaissances des deux parties afin de répondre aux besoins plus complexes de la population et la facilité des intervenants de la communauté à établir des liens de confiance avec la clientèle plus vulnérable. Les avantages nommés par les parties

prenantes sont d'ailleurs similaires à ceux présentés dans les études de Peek et al., (2014), Shah et al. (2013) et Spencer et al., (2011).

Les pistes de solutions proposées par les professionnels du CLSC étaient de bâtir le partenariat ensemble en ciblant un petit échantillonnage afin de pouvoir évaluer les résultats des interventions. Ils ont aussi proposé que l'infirmière responsable de la prévention/gestion des maladies chroniques pourrait offrir des formations/outils nécessaires aux IOC. Ainsi, les IOC seront habiles à travailler sur les barrières socioculturelles affectant une bonne gestion du T2DM et ils pourront diriger les personnes à risque vers le CLSC. Ensuite, le respect et la confiance mutuelle étaient des éléments importants pour les deux parties. Les intervenants de la Maison d'Haïti ont rajouté l'importance de leur offrir des formations et des outils adaptés préparés en collaboration. De plus, la présence du CLSC et une facilité d'accès grâce à un corridor de services étaient aussi suggérées.

4.2 LIMITES RENCONTRÉES LORS DU DÉROULEMENT DU STAGE

4.2.1 Planification des rencontres.

Une des premières limites rencontrées pendant le déroulement du stage était la planification des rencontres individuelles et la rencontre de groupe. La plupart des acteurs clés avaient des horaires très chargés et il a fallu apporter des ajustements au niveau de l'échéancier pour pouvoir réussir à rencontrer les différents acteurs selon leurs disponibilités. Quelques rendez-vous ont aussi été annulés ou changés à la dernière minute, ce qui a nécessité à nouveau d'apporter des changements dans l'échéancier. Malgré les différentes modifications et ajustements pour la planification des entrevues individuelles, la flexibilité et la persévérance de l'étudiante ont permis de réussir à rencontrer les huit partenaires concernés par le travail en partenariat

intersectoriel.

4.2.2 Loi 10

Une deuxième limite rencontrée tout au long du stage et de la planification du stage fut la nouvelle réforme du système de la santé suite à l'implantation de la loi 10. Plusieurs partenaires identifiés pour le projet de stage étaient directement affectés par les impacts reliés au projet de loi 10. Autant au niveau des compressions budgétaires que des instabilités au niveau des postes de cadres, les différents professionnels étaient affectés par la nouvelle restructuration. Cette situation pourrait aussi expliquer la difficulté de certains acteurs de prendre position et de s'engager à des actions dans un contexte de grands changements.

4.3 IMPACTS DU STAGE

4.3.1 Retombées au niveau des parties prenantes

Les discussions individuelles ont permis aux différentes parties prenantes de réfléchir sur une problématique vécue par leur milieu et d'essayer de trouver des pistes de solutions. Prendre le temps de réfléchir et partager leurs perceptions sur un sujet qui leur préoccupait a été très apprécié par les différents intervenants.

La rencontre de groupe a aussi été une activité d'intérêt pour les différentes parties prenantes. Elle a permis de rassembler plusieurs personnes de différents secteurs pour un but commun. Malgré les différentes contraintes organisationnelles, il a été possible de créer un espace de discussions et d'échanges pour démontrer de nouvelles perspectives et des stratégies gagnantes pour former un partenariat intersectoriel. Les modèles de partenariat présentés pendant

la rencontre de groupe ont permis aux différents partenaires d'avoir une idée de ce qui pourra être fait une fois le partenariat établi. Le rôle et les responsabilités des intervenants de la communauté ont aussi été partagés avec les professionnels des CLSC. De plus, il a été possible de voir que plusieurs perceptions des acteurs clés rejoignaient les écrits scientifiques et plusieurs pistes de solutions proposées par les différents partenaires semblaient satisfaire aux attentes des gestionnaires participants.

4.3.2 Retombées au niveau de l'étudiante

En réalisant les différentes étapes du stage, il a été possible de voir à quel point une planification rigoureuse était importante pour réussir à effectuer les différentes activités de stage. Plusieurs ajustements ont dû être faits pour réussir à accommoder les différents facteurs environnementaux qui avaient une influence sur les différentes activités planifiées. Néanmoins, les trois objectifs de stage établis au tout début ont été atteints.

Par l'entremise des différentes activités de stage, il a été possible de travailler en collaboration avec plusieurs acteurs de différents secteurs. L'animation de la rencontre de groupe a permis de créer un espace de transfert de connaissance sur les bonnes pratiques par rapport à la gestion/prévention du T2DM dans un contexte de diversité.

4.3.3 Des retombées réelles et potentielles liées à la réalisation du stage pour les sciences infirmières

Ce projet de stage est pertinent pour la pratique infirmière par sa contribution à l'amélioration de l'offre de services de santé (prévention et gestion du T2DM sensible à la

diversité) en première ligne et les bases de mise en place d'un partenariat intersectoriel pour assurer des meilleurs soins et services aux personnes/familles/communautés vivant dans un contexte de vulnérabilité. La réalisation de ce stage a permis de créer des liens de collaboration et de partenariat entre des intervenants du CLSC et d'un organisme communautaire pour un but commun. De plus, il y a eu un partage de connaissances, de forces et de responsabilités respectives dans le but de trouver des stratégies gagnantes pour une population particulièrement plus à risque. La recension des écrits ainsi que l'analyse des entretiens avec les partenaires concernés ont permis de trouver des stratégies gagnantes qui peuvent aussi être transférables à plusieurs autres établissements de premières lignes ayant des problématiques semblables.

RECOMMENDATIONS

Pour assurer des soins de qualité adaptés à la clientèle du territoire du CLSC SLSM, les écrits recensés et les discussions avec les partenaires de la Maison d'Haïti et du CLSC SLSM ont permis d'examiner les éléments et stratégies nécessaires pour former un partenariat intersectoriel pour la prévention et gestion du T2DM dans un contexte de diversité

La création d'un partenariat pourra permettre aux intervenants de la clinique cardio métabolique de s'occuper de la gestion et prévention des complications du T2DM, d'effectuer la coordination entre les professionnels de la santé et de collaborer avec les intervenants de l'organisme communautaire pour répondre à des besoins plus spécifiques à une population vivant dans un contexte de diversité. Pour ce qui est des intervenants de la Maison d'Haïti, ils pourront avoir comme rôle de travailler avec la communauté sur les barrières socioculturelles qui empêchent une gestion efficace du T2DM, ils pourront aussi faire de la promotion de saines habitudes de vies en tenant compte du contexte de vie des personnes et de référer les personnes à risque vers le CLSC. De plus, la clientèle orpheline du territoire pourra être référée vers la Maison d'Haïti pour recevoir de l'enseignement sur les saines habitudes de vies et recevoir un accompagnement adapté à leurs besoins. Ces recommandations sont d'ailleurs en lien avec les concepts présentés par le modèle conceptuel de Katigbak et al. (2015) et l'élément de l'organisation structurelle de l'*ECCM*. L'infirmière de la clinique cardiometabolique pourra coordonner les soins et les services entre les deux établissements et mettre en place des activités éducatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie, culturellement adaptées, dans la Maison d'Haïti tel que soutenu par les éléments de soutien à la décision clinique et à l'autosoins présenté dans l'*ECCM*. De plus, une formation pourra être offerte aux intervenants de la Maison d'Haïti pour effectuer des activités éducatives sur une gestion efficace des maladies chroniques et de la promotion de saines habitudes de vie. L'infirmière de la clinique cardio

métabolique pourrait faire la formation auprès des intervenants de la Maison d'Haïti pour une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le T2DM tel que proposé par l'élément de l'utilisation des ressources communautaires de l'*ECCM* (Voir Annexe 7).

Afin de pérenniser le partenariat entre les deux établissements, les pistes de solutions sont d'ajouter des séances d'activités culturellement adaptées à la Maison d'Haïti comme partie intégrante du programme cardiométabolique du CLSC SLSM. De plus, une entente claire et légale entre les deux établissements pour clarifier les rôles et responsabilités de chacune des parties prenantes est aussi suggérée. De plus, pour favoriser une meilleure prise en charge des patients, il est recommandé de donner l'accessibilité à des protocoles, des outils et des formulaires de liaison aux intervenants de la Maison d'Haïti afin qu'ils puissent facilement référer les patients à risque vers le CLSC.

Les différents échanges avec les acteurs clés et la recension des écrits ont donc permis de démontrer que le partenariat intersectoriel est une stratégie gagnante qui pourra grandement contribuer à l'amélioration et l'accessibilité des services de santé aux populations vivant dans un contexte de diversité du territoire du CLSC SLSM.

RÉFÉRENCES

- Adhikari, R. & Sanou, D. (2012). Risk factors of Diabetes in Canadian Immigrants : A synthesis of Recent Litterature. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 142-150. doi : 10.1016/j.cjcd.2012.06.001
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. (Publication n° HP35-25/2011E). Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf>
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). *La santé de la population CSSS de St-Léonard et St-Michel*. Repéré à http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/%C3%89tat_de_sant%C3%A9/sant%C3%A9_physique/TOPO_synthese_infographique/TOPO-synthese-606_St-Leonard_St-Michel_201405.pdf
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2007). *Le diabète, un défi de santé publique — Montréal et ses CSSS, 2003-2004*. Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/analyse/index.html>
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). *Plan d'action régional de santé publique (2010-2015)*. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-107-7.pdf
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). *Portrait de la population, de l'organisation et de l'utilisation des services médicaux de Ire ligne - CSSS de St-Léonard et St-Michel*. Repéré à [http://agence.santemontreal.qc.ca/index.php?id=635&tx_wfqbe_pil\[uid\]=1763](http://agence.santemontreal.qc.ca/index.php?id=635&tx_wfqbe_pil[uid]=1763)
- Allen, J. K., Dennison-Himmerfarb, C. R., Szanton, S.L., Bone, L., Hill, M.N., Levine, D.M...& Anderson, K. (2011). Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) Trial: a randomized, controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers. *Circulation Cardiovascular Quality Outcomes* 4(6), 595-602.
- Anderson-Loftin, W., Barnett, S., Bunn, P., Sullivan, P., Hussey, J., & Tavakoli, A. (2005). Soul food light: culturally competent diabetes education. *Diabetes Educator*, 31(4), 555-563. doi: 10.1177/0145721705278948
- Association Canadienne du diabète. (2012). Diabetes facts. Repéré à <http://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/what/facts/>
- Attridge, M., Creamer, J., Ramsden, M., Cannings-John, R. & Hawthorne, K. (2014) Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD006424. doi: 10.1002/14651858.CD006424.pub3.

- Baig, A. A., Locklin, C. A., Campbell, A., Schaefer, C. T., Heuer, L. J., Lee, S. M., ... & Chin, M. H. (2014). Community health center access to resources for their patients with diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), 553-558.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73-82.
- Bilodeau, A., Lapierre, S., & Marchand, Y. (2003). Le partenariat: comment ça marche. *Mieux s'outiller pour réussir. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*.
- Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D. & Galarneau, M. (2011). *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS*. Repéré à http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1102_Bilodeau_Intervention%20preventio n%20ITSS.pdf
- Brownstein, J. N., Hirsch, G. R., Rosenthal, E. L., & Rush, C. H. (2011). Community health workers “101” for primary care providers and other stakeholders in health care systems. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(3), 210-220.
- Centre de Santé et Services Sociaux de St-Léonard et St-Michel, (2013). *Principales caractéristiques de la population du territoire du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel – Synthèse des données sociodémographiques de 2011*. Document récupéré à http://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_corporatif/Publications/portrait_de_la_population/CSSS-SLSM_portrait_populationnel_2013-11-12.pdf
- Centre de Santé et Services Sociaux de St-Léonard et St-Michel, (2011). *Programme clinique risque cardiometabolique (Diabète & Hypertension)*. Repéré à : http://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_des_services/Soins_et_services/Prevention_et_depistage/2011-07-29_Projet_clinique_-_risque_cardiometabolique_CSSS_St-Leonard_et_St-Michel.pdf
- Clément, M. È., Tourigny, M., & Doyon, M. (1999). Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC: une étude exploratoire. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 12(2), 45-64.
- Creatore M.I., Moineddin R., Booth G., Manuel D.H., DesMeules M., McDermott S. & Glazier, R.H. (2010) Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 781–789.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188.

- Dancer, S. & Courtney, M. (2009). Improving diabetes patient outcomes: Framing research into the chronic care model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 580-585. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00559.x
- DePue, J.D, Dunsiger, S., Seiden, A.D., Blume, J., Rosen, R.K., Goldstein, M.G... & McGarvey, S.T.(2013). Nurse-community health worker team improves diabetes care in American Samoa. *Diabetes Care*, 36, 1947–53
- Diabète Québec. (2011). Qu'est ce que le diabète? Repéré à http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/questcequedia.html
- Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *État de situation sur le diabète – 2008-2009 CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel*. Repéré à http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/%C3%89tat_de_sant%C3%A9/sant%C3%A9_physique/Diab%C3%A8te/Diab%C3%A8te_-_fasciculé_606_JM_01.pdf
- Doyon, C. (2015). Proposition d'orientations stratégiques en développement des communautés et santé publique pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. *Le Point*, 11 (1), 84-86.
- Gary, T.L., Batts-Turner, M., Yeh, H.C., Hill-Briggs, F., Bone, L.R, Wang, N.Y...& Brancati, F.L. (2009). The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban African Americans with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 19, 1788–94.
- Gucciardi, E., DeMelo, M., Lee, R. N., & Grace, S. L. (2007). Assessment of two culturally competent diabetes education methods: individual versus individual plus group education in Canadian Portuguese adults with type 2 diabetes. *Ethnicity and Health*, 12(2), 163-187.
- Hamman, R. F., Wing, R. R., Edelstein, S. L., Lachin, J. M., Bray, G. A., Delahanty, L., ... & Regensteiner, J. (2006). Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. *Diabetes Care*, 29(9), 2102-2107.
- Hamric, A.B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E.T. (2014). *Advanced Practice Nursing An Integrative Approach* (5^e ed.). Saint-Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Harrison G. (2014) Health beliefs of black and minority ethnic groups and the implications for diabetes care. *Journal of Diabetes Nursing*, 18, 362–368.
- Hawthorne, K., Robles, Y., Cannings-John, R. & Edwards, A. (2010). Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD006424. doi:

10.1002/14651858.CD006424.pub2.

- Heisler, M., Spencer, M., Forman, J., Robinson, C., Shultz, C., Palmisano, G., & Kieffer, E. (2009). Participants' assessments of the effects of a community health worker intervention on their diabetes self-management and interactions with healthcare providers. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), S270-S279.
- Hyman, I., Patychuk, D., Zaidi, Q., Kljucic, D., Shakya, Y. B., Rummens, J. A., Creatore, M. & Vissandjee, B. (2012). Self-management, health service use and information seeking for diabetes care among recent immigrants in Toronto. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 33(1), 12-18.
- Iddins, B. W., Frank, J. S., Kannar, P., Curry, W. A., Mullins, M., Hites, L., & Selleck, C. (2015). Evaluation of Team-Based Care in an Urban Free Clinic Setting. *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 254-262.
- International Diabetes Federation (2013) *Annual report 2013*. Repéré à <http://www.idf.org/publications/annual-report>
- Jenkins, C., Pope, C., Magwood, G., Vandemark, L., Thomas, V., Hill, K., ... & Zapka, J. (2010). Expanding the chronic care framework to improve diabetes management: the REACH case study. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 4 (1), p. 65-79.
- Johnson, S. L., & Gunn, V. L. (2015). Community health workers as a component of the health care team. *Pediatric Clinics of North America*, 62(5), 1313-1328.
- Katigbak, C., Van Devanter, N., Islam, N., & Trinh-Shevrin, C. (2015). Partners in health: A conceptual framework for the role of community health workers in facilitating patients' adoption of healthy behaviors. *American Journal of Public Health*, 105(5), 872-880.
- Maison d'Haïti. (2014). Rapport annuel Maison d'Haïti 2013-2014. Repéré à http://www.mhaiti.org/sites/default/files/documents/Cr%C3%A9er%20'Document%20rapport_annuel_2013_2014_0.pdf
- Morin P., LeBlanc, J. et Vachon, J.-F. (2014). Pratiques innovantes de gestion dans les offices d'habitation : de la *poignée de porte à la poignée de main*. *Presses de l'Université du Québec*.
- Nam, S., Janson, S., Stotts, N. A., Chesla, C. & Kroon, L. (2012). Effect of Culturally Tailored Diabetes Education in Ethnic Minorities With Type 2 diabetes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27 (6), 505-518. doi: 10.1097/JCN.0b013e31822375a5.

- Palmas, W., March, D., Darakjy, S., Findley, S. E., Teresi, J., Carrasquillo, O., & Luchsinger, J. A. (2015). Community Health Worker Interventions to Improve Glycemic Control in People with Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 1-9.
- Peek, M. E., Ferguson, M., Bergeron, N., Maltby, D., & Chin, M. H. (2014). Integrated community-healthcare diabetes interventions to reduce disparities. *Current Diabetes Reports*, 14(3), 1-9.
- Peeters, B., Van Tongelen, I., Boussery, K., Mehuys, E., Remon, J. P., & Willems, S. (2011). Factors associated with medication adherence to oral hypoglycaemic agents in different ethnic groups suffering from type 2 diabetes: a systematic literature review and suggestions for further research. *Diabetic Medicine*, 28(3), 262-275.
- Pilkington, F. B., Daiski, I., Lines, E., Bryant, T., Raphael, D., Dinca-Panaitescu, M., & Dinca-Panaitescu, S. (2011). Type 2 diabetes in vulnerable populations: community healthcare providers' perspectives on health service needs and policy implications. *Canadian Journal of Diabetes*, 35(5), 503-511.
- Pottie, K., Hadi, A., Chen, J., Welch, V., & Hawthorne, K. (2013). Realist review to understand the efficacy of culturally appropriate diabetes education programmes. *Diabetic Medicine*, 30(9), 1017-1025. doi: 10.1111/dme.12188
- Poussier, C. (2013). *Bilan des actions accomplies par Vivre Saint-Michel en santé de 2009 à 2012*. Repéré à : http://www.vsmsante.qc.ca/uploads/Planif%20strat%202012-2013/Bilan-tables-clubs-VSMS_2009-2012.pdf
- Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS (2014). *Pour un réseau de la santé et des services sociaux ancré dans les communautés*. Repéré à <http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/memoireprojetloi10-rqiiac.pdf>
- Spencer MS, Rosland AM, Kieffer EC, et al. (2011) Effectiveness of a community-health worker intervention among African American and Latino adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 101, 2253–2260.
- Shah, M., Kaselitz, E., & Heisler, M. (2013). The role of community health workers in diabetes: update on current literature. *Current Diabetes Reports*, 13(2), 163-171.
- Vincent, D., Pasvogel, A., Barrera L. (2007). A feasibility study of a culturally tailored diabetes intervention for Mexican Americans. *Biological Research for Nursing*, 9 (2),130-141.
- Vissandjee, B., Villefranche, M., Casimir, S., Hyman, I. & Shakya, Y. (2014). Chapitre 5: Immigrer et vivre avec le diabète mellitus de type 2. Dans Kanouté, F & Lafortune, G.

(dir.) *L'intégration des familles immigrantes. Les enjeux sociosanitaires et scolaires.* Montreal (Québec). Les Presses de l'Université de Montréal.

Wagner, E.H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translation evidence into action. *Health Affairs*, 20 (6). 64-78.

ANNEXES

Annexe 1

Planification des activités de stage

But :

Examiner les éléments et stratégies nécessaires pour la mise en place d'un partenariat intersectoriel visant une gestion du T2DM sensible au contexte de vie de personnes vivant dans les territoires du CLSC SLSM et l'organisme communautaire la Maison d'Haïti en se basant sur les perspectives des acteurs clés des deux établissements et les bonnes pratiques qui en ressortent des écrits scientifiques.

Objectifs :

1- Explorer les perceptions des acteurs clés sur les défis et les opportunités par rapport au partenariat intersectoriel pour une gestion efficace du T2DM dans un contexte de diversité.

Activités :

- Effectuer une recension des écrits scientifiques sur les perceptions des professionnels de la santé et des intervenants de la communauté sur le travail en partenariat intersectoriel et sur la contribution des interventions infirmières en partenariat intersectoriel.

Échéancier : 30 sept au 11 octobre

- Rédiger un guide d'entrevue individuelle comprenant environ cinq à six questions sur le thème du partenariat intersectoriel entre un CLSC et un organisme communautaire pour la prévention et gestion du T2DM.

Échéancier : 14 au 30 septembre

- Envoyer un courriel aux parties prenantes (infirmière chef des services courants, infirmière clinicienne de la clinique cardiométabolique, conseiller-cadre en santé publique et la conseillère cadre à la direction des soins infirmiers ayant comme principaux dossiers : prévention/gestion des maladies chroniques et santé publique) pour avoir leurs disponibilités

et mettre au courant du déroulement du stage.

Échéancier : Du 21 au 25 septembre

- Rencontrer individuellement chaque partie prenante pour expliquer le projet, avoir un **consentement verbal** et passer l'entretien.

Échéancier : 12 octobre au 5 novembre

Livrables :

- **Une recension des écrits sous forme de tableau synthèse** sur les thèmes suivants : 1) perceptions des professionnels de la santé et des intervenants de la communauté quant aux défis et opportunités du travail en partenariat intersectoriel.
2) Contribution des interventions infirmières en partenariat intersectoriel.
- Une **lettre d'invitation** pour avoir les disponibilités de chaque acteur clé pour effectuer les entrevues.
- Un **calendrier** pour avoir les disponibilités des acteurs pour la deuxième rencontre (16 décembre entre 10h à 12h)
- Un **guide d'entrevue individuelle** (avec 5 à 6 questions) permettant de structurer les thèmes importants des entrevues individuelles avec les différents acteurs clés

*2- Explorer avec les acteurs clés les stratégies **optimales** de partenariat intersectoriel en lien avec la prévention et la gestion du T2DM dans un contexte de diversité.*

Activités :

- Effectuer une recension des écrits scientifiques sur les bases et stratégies nécessaires pour mettre en place un partenariat intersectoriel pour la prévention/gestion du T2DM en contexte de diversité.

Échéancier : 12 octobre au 16 novembre

- Effectuer une synthèse sous forme de tableau des résultats des entrevues individuelles.
Échéancier : 12 octobre au 16 novembre
- Effectuer un document PowerPoint d'environ 10 à 15 diaporamas pour structurer l'entrevue de groupe et présenter une synthèse des entrevues individuelles ainsi que la recension des écrits.
Échéancier : 19 octobre au 22 novembre
- Planifier une discussion de groupe (environ 2h) avec les différentes parties prenantes (discussion sur le point de vue de chaque acteur sur la problématique, explorer leurs interactions, positions, divergences et similarités). Proposer des recommandations suggérées dans la littérature scientifique sur les bases et stratégies nécessaires pour mettre en place des programmes de gestion du T2DM en collaboration avec les organismes communautaires.

Échéancier : 26 octobre au 27 novembre
- Animer une activité de discussion de groupe
Échéancier : 16 décembre de 10h00 à 12h00

Livrables :

- Une recension des écrits sous forme **de tableau synthèse** dans un document PowerPoint sur les bases et stratégies nécessaires pour mettre un partenariat intersectoriel pour la prévention/gestion du T2DM en contexte de diversité.
- Un **tableau synthèse** des résultats des entrevues individuelles.
- Un **document PowerPoint** d'environ 10 à 15 diaporamas pour structurer l'entrevue de groupe et faire ressortir les points importants des entrevues individuelles et les recommandations proposées dans les bases de données probantes.

3- Émettre des recommandations quant aux stratégies (défis et opportunités) pour un partenariat intersectoriel entre le CLSC SLSM et la Maison d'Haïti.

Activités :

- Analyser les données recueillies lors de la discussion de groupe en collaboration avec la directrice, codirectrice et personne ressource du stage.

Échéancier : 17 au 4 décembre

- Effectuer un document PowerPoint d'environ une dizaine de diaporamas résumant les éléments clés du stage et les recommandations pour former un partenariat intersectoriel entre le CLSC SLSM et la Maison d'Haïti.

Échéancier : 17 au 4 décembre

- Présenter les résultats analysés (document PowerPoint) à une des rencontres cliniques du CLSC et à une des activités de diffusions/séminaires METISS à la Maison d'Haïti.

Échéancier : 7 au 18 décembre

Livrables :

- Un **tableau synthèse** des données recueillies pendant les entrevues individuelles et les entrevues de groupe.
- Un **document PowerPoint** résumant les données principales recueillies pendant le stage (entrevues et recensions des écrits).
- Un **rapport de clôture** (document électronique Word) sur l'ensemble des rapports qui documentent les éléments clés du projet de stage, les problématiques rencontrées, les correctifs, les bons coups et les leçons apprises. Le document va aussi inclure des suggestions et recommandations quant aux stratégies (défis et opportunités) pour un partenariat intersectoriel entre le CLSC SLSM et la Maison d'Haïti.

Annexe 2

Lettre de présentation

Bonjour -----,

Dans le cadre de mon projet de maîtrise en sciences infirmières, je travaille sur le thème de la prévention/gestion du diabète de type 2 dans un contexte de diversité et dans une perspective de partenariat intersectoriel. Étant donné que vous êtes une personne clé dans ce domaine, j'aimerais beaucoup avoir votre collaboration pour participer à des activités en lien avec mon stage.

La première étape de mon stage consiste à rencontrer individuellement plusieurs acteurs clés (gestionnaires, conseillère-cadre, infirmières et intervenant des organismes communautaires) pour un entretien d'environ 45 min sur les perceptions de chacun concernant le partenariat intersectoriel en lien avec la prévention/gestion du diabète de type 2.

Ensuite, la deuxième étape consistera à effectuer une rencontre de groupe (vers mi-décembre) avec tous les acteurs clés pour discuter ensemble des stratégies de partenariat intersectoriel entre notre CLSC et l'organisme communautaire la Maison d'Haïti.

Est-ce que vous seriez d'accord à participer à ces activités ? La première rencontre se tiendra vers la fin du mois d'octobre (soit le 19, 20, 21, 26, 27, ou 28 octobre) selon vos disponibilités.

Si vous désirez avoir plus d'informations ou pour tout autres questions, vous pouvez me joindre par téléphone ou par courriel.

Je vous remercie de votre précieuse collaboration,

Cordialement,

Fayeza Jahan, inf. B.Sc., M.Sc. (c)
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Annexe 3

Guide de discussion avec acteurs clés :

Date :

Lieu :

Consentement obtenu : Oui Non

Informations sur le/la participante :

Poste :

Autre professionnel :

Autres informations pertinentes :

Dans le cadre de mes études de deuxième cycle à la FSI de l'UdeM, le but de mon projet de stage est d'examiner les éléments et stratégies nécessaires pour la mise en place d'un partenariat intersectoriel visant une gestion du T2DM sensible au contexte de vie de personnes vivant dans les territoires du CLSC SLSM et l'organisme communautaire la Maison d'Haïti en se basant sur les perspectives des acteurs clés des deux établissements et les bonnes pratiques qui en ressortent des écrits scientifiques.

J'aimerais vous rencontrer aujourd'hui pour effectuer un premier entretien d'environ 45 min à 1h pour explorer vos perceptions sur les défis et les opportunités d'un partenariat intersectoriel pour une gestion efficace du T2DM dans un contexte de diversité.

Définition d'un partenariat :

Selon l'Institut National de Santé publique (2002) :

Le partenariat, quant à lui, est un projet commun ou conjoint à partir d'un engagement contractuel entre différents acteurs, nommés alors partenaires, et dont la mission, les objectifs, les moyens d'action et la durée sont clairement définis. L'engagement est contraignant, avec des responsabilités précises, des mandats, des ressources et des structures organisationnelles pour les réaliser. (p. 26)

Guide d'entretien individuel

Identification de la personne et de son poste

1. *Quel est votre rôle dans le CIUSS/ organisme communautaire et depuis quand êtes-vous ici ?*

Problématique & solutions

2. *Pouvez-vous me parler de votre conception de la problématique par rapport à la gestion du T2DM dans votre établissement de santé/ organisme?*
 - *Est-ce un problème important dans votre milieu?*
 - *Quels facteurs contribuent à rendre ce problème important?*
3. *Quels sont les rôles et fonctions de votre établissement par rapport à une gestion efficace du T2DM dans un contexte de diversité?*
 - *Selon vous, quelles sont les stratégies/moyens à mettre en place pour mieux gérer cette problématique?*

Rapports de partenariats existants

4. Pouvez-vous me parler de votre expérience de travail en partenariat intersectoriel?
(liens/interactions/fréquence des interactions/résultats/pérennité)
 - Quels sont les organismes communautaires/CLSC avec lesquels vous avez déjà eu des relations de partenariat?

5. Parlez-moi de comment vous voyez le rôle et les fonctions des intervenants d'organismes communautaires/ infirmières en premières lignes face à la gestion/prévention du T2DM?

Défis/ opportunités du partenariat intersectoriel & pistes de solutions

6. Selon vous, quelles sont les stratégies gagnantes pour former un partenariat intersectoriel?
 - les opportunités et défis ?
 - les pistes de solutions ?

Annexe 4

Tableau synthèse des entretiens individuels avec des gestionnaires, des cadres, des infirmières et des intervenants d'organisme communautaire

Partenariat intersectoriel pour une gestion/prévention du T2DM dans un contexte de diversité

Personnels du CLSC

| Conception de la problématique | Stratégies pour mieux gérer la problématique | Expérience de travail en partenariat intersectoriel | Perceptions du rôle et fonctions des intervenants d'OC |
|---|---|--|---|
| Préoccupations importantes | Avoir les ressources | Expériences positives la plupart du temps | Agents multiplicateurs |
| Statistiques marquantes | Gestionnaires avec une vision élargie plus prévention | Partenariat égalitaire = gagnant | Recrutement/repérage de la clientèle vulnérable |
| Populations vulnérables | Volonté de la direction du CIUSS | Cibler plus petit | Références vers d'autres org. |
| Facteurs : Stress +++ des nouveaux arrivants | Interventions multicible plutôt que multi-interv. | Assurer une pérennité | Contribution/ liaison avec prof. de la santé |
| Faible scolarité | Bâtir ensemble | Espace pour partage de connaissance | Force en animation |
| Diff. à rejoindre toute la clientèle (surtout celle qui est vulnérable) | IPS ou md collaborant | Avoir des objectifs communs | Répondre aux besoins plus urgents (ex. : emploi, logements) |

Intervenants de la Maison d'Haïti

| Conception de la problématique | Stratégies pour mieux gérer la problématique | Expérience de travail en partenariat intersectoriel | Perceptions du rôle et fonction des intervenants d'OC |
|---|---|--|--|
| migration | Kiosques éducative | collaboration | Présence constante du CLSC pour soutenir les interv. OC |
| Stress +++ | Forum Santé | Répartition équitable des tâches | Proximité directe avec la pop. |
| alimentation | Club Santé | Volonté du CLSC | diversifiée |
| Condition météorologique | Travail en partenariat avec des prof. du CLSC | Roulement de personnel = désavantage | Connaît leur monde |
| Croyances contraignantes | Vision élargie | | Bonne confiance |
| Préoccupations centrées sur les autres membres de la famille plutôt que leur propre santé | | | Porte d'entrée |

Partenariat intersectoriel entre un CLSC et un organisme communautaire

Personnels du CLSC

| Défis | Opportunités | Pistes de solutions |
|--|---|---|
| Ressources | Prévention en amont chez une population plus à risque | Bâtir ensemble |
| <i>Screening</i> pour la bonne personne qui peut donner des informations | utiliser expertise des interv. qui ont facilité pour faire du <i>outreach</i> | Convaincre les gestionnaires |
| Réorganisation du travail | Vecteur d'informations | Cibler plus petit |
| Offrir le temps nécessaire pour le faire | Multiplication de forces et connaissances pour répondre aux besoins spécifiques | Respect et confiance mutuelle (démontrer de l'intérêt au partenariat) |

Intervenants de la Maison d'Haïti

| Défis | Opportunités | Pistes de solutions |
|---------------------------|--|--|
| Vision des gestionnaires | Porte d'entrée des nouveaux arrivants | Offrir une formation aux intervenants |
| Culture organisationnelle | Bonne connaissance de la population | Offrir des outils adaptés bâtis en collaboration |
| Horaire et flexibilité | Confiance et proximité avec la clientèle | Démontrer une présence de la part du CLSC |
| Ressources | Demande qui vient directement de la population | Corridor de services |

Annexe 5

Présentation PowerPoint : Rencontre de groupe

2016-02-21

Université  de Montréal

Le partenariat intersectoriel :
une stratégie gagnante pour la
prévention/gestion du diabète
de type 2 dans un contexte de
diversité culturelle.

FAYEZA JAHAN, INF. B.S.C., M.SC. (C)
DIRECTRICE: MME BILKIS VISSANDJEE
CODIRECTRICE: MME KELLY RILPATRICK
PERSONNE RESSOURCE: MME NANCY BOISVERT
& MME MARJORIE VILLEFRANCHE

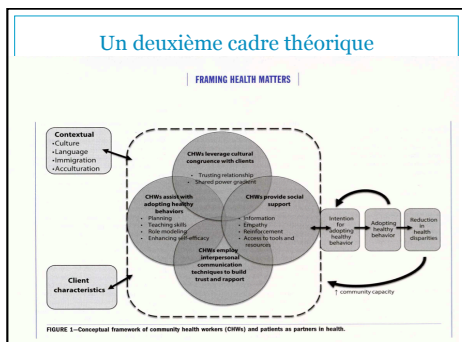
Plan de présentation

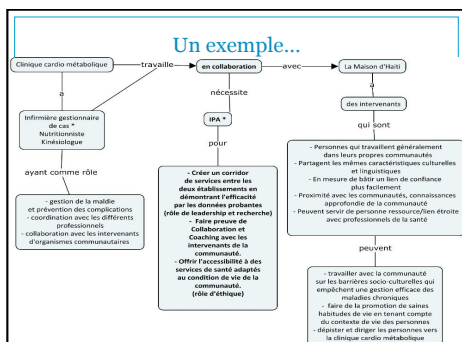
- Introduction & tour de table
- Présentation de la Maison d'Haïti par Mme Villefranche
- Présentation de la clinique cardiométabolique par Mme Bergeron
- Cadre de référence
- Modèle de partenariat intersectoriel existant
- Synthèse des rencontres individuelles
- Stratégies pour former partenariat entre CLSC SLSM et Maison d'Haïti
- Période de discussion
- Prochaines étapes/remerciements

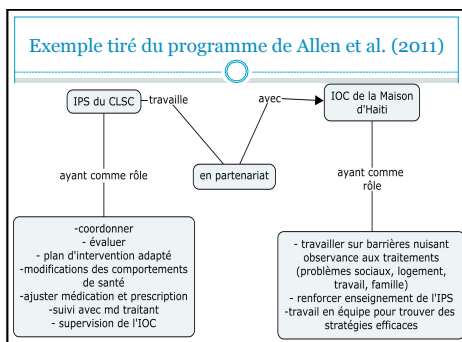
Tour de table
Activité brise-glace



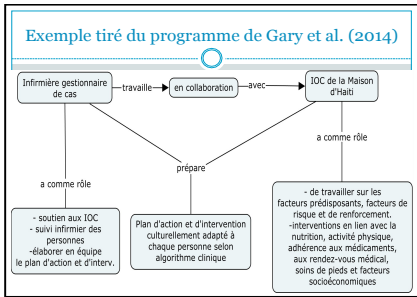
2016-02-21

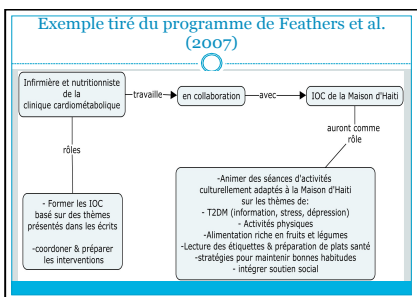






2016-02-21





Résultats de partenariat intersectoriel existant

Allen et al. (2011)

Résultats: Groupe intervention (IPS + IOC)

amélioration du taux de cholestérol,

de la pression artérielle,

taux d'HbA1c,

la perception de la qualité des soins de leur maladie chronique.

2016-02-21

Gary et al. (2014)

Résultats cliniques:

Groupe avec intervention intensive

- ↑ HDL-C (1.2 mg/dL)
- ↓ Pression diastolique (-3.5 mm Hg)
- ↓ HbA1c (-0.69%)

Résultats par rapport aux visites à l'urgence et hospitalisation

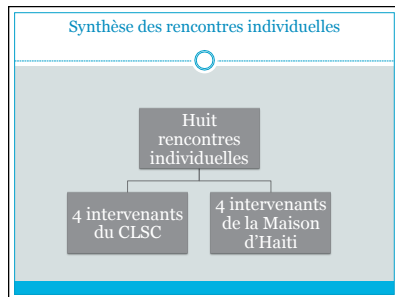
Groupe avec intervention intensive

- ↓ Visite aux urgences (baisse de 34%)
- ↓ Hospitalisation (baisse de 9%)

Feathers et al. (2007)

Résultats:

- 98% des participants ont participé à plus d'une rencontre et
- 41% ont participé aux 5 rencontres.
- les informations et activités du programme étaient aidantes
- culturellement congruentes
- applicable pour une gestion optimale du diabète de type 2.
- Les participants ont également apprécié l'emplacement communautaire pour les rencontres ainsi que le soutien social reçu par les autres participants.



2016-02-21

Tableau synthèse des rencontres individuelles

- Conception de la problématique (T2DM en contexte de diversité)
- Stratégies
- Expérience antérieure
- Perception du rôle/fonction des IOC

Tableau synthèse des rencontres individuelles

- Défis du partenariat intersectoriel
- Opportunités
- Pistes de solutions

Période de discussion

- Banque de questions:
- Quelles sont les stratégies gagnantes pour réussir à former un partenariat entre la Maison d'Haïti et le CLSC SLSM ?
- Quel modèle de partenariat pourrait-on utiliser/ mettre en place? (inf. + OC/ OC formé par inf./ inf. dans la Maison d'Haïti/ autres professionnels)

2016-02-21

Période de discussion

- Comment réussir à pérenniser le partenariat intersectoriel?
- Comment pourrait-on favoriser les échanges/liaisons de la Maison d'Haïti avec le CLSC ?
- Qui pourra être la personne ressource entre les deux établissements?

Période de discussion



Synthèse


- Points importants
- Éléments prometteurs
- Conclusion

2016-02-21

Prochaines étapes

- Disponibilités
- Suite des ententes
- Présentation des résultats
- Questions ?

Merci!



Références

Annexe 6 : Tableau synthèse

Recension des défis, opportunités et stratégies à l'implantation d'un partenariat intersectoriel, tels qu'apportés par les partenaires concernés et la littérature scientifique.

| Défis | |
|--|---|
| <u>Partenaires concernés</u> | <u>Littérature scientifique</u> |
| <i>Manque de ressources humaines et financières. (infirmières, IPS, médecin consultant).</i> | <i>Réforme du système de la santé; (nouvelle structuration, instabilité a/n des postes, changement de personnel).</i> |
| <i>Manque de reconnaissance des expertises des organismes communautaires.</i> | <i>Organisation structurelle et culturelle des deux établissements (inégalités p/r statut, pouvoir, ressources).</i> |
| <i>Pérennité des interventions.</i> | <i>Manque d'ententes légales et écrites sur les rôles et responsabilités de chaque partie prenante.</i> |

| Opportunités | |
|--|---|
| <u>Partenaires concernés</u> | <u>Littérature scientifique</u> |
| <i>Facilité à répondre aux besoins plus complexes de la population plus difficile à rejoindre.</i> | <i>Compétences et atouts supplémentaires permettant d'offrir un large éventail de soutien.</i> |
| <i>Connaissance approfondie de la communauté par les intervenants des organismes communautaires.</i> | <i>Les intervenants de la communauté ont une facilité à établir un lien de confiance avec la population vivant dans un contexte de diversité.</i> |
| <i>Effectuer de la prévention en amont chez une population plus à risque.</i> | <i>Facilité des intervenants de la communauté à effectuer du outreach pour mieux rejoindre la population à risque.</i> |
| <i>Multiplication de forces et connaissances pour un but commun (prévention et gestion du T2DM).</i> | <i>Des résultats qui démontrent une amélioration de l'HbA1c, une meilleure adhérence aux traitements, une amélioration au niveau des comportements favorables à la santé et une meilleure compréhension de la maladie et les complications.</i> |

| Stratégies | |
|---|---|
| <u>Partenaires concernés</u> | <u>Littérature scientifique</u> |
| <i>Formation aux intervenants de la communauté (corridor de services avec le CLSC).</i> | <i>Utiliser des modèles de partenariat basés sur un cadre de référence tel que l'Expanded Chronic Care Model.</i> |
| <i>Diriger les personnes à risques qui viennent dans les organismes communautaires vers le CLSC.</i> | <i>Établir une entente claire et bien définie du partenariat et adopter des objectifs communs. (partage égal des pouvoirs et responsabilités)</i> |
| <i>Bâtir le partenariat intersectoriel ensemble. Partenariat avec une infirmière en prévention/gestion du T2DM et un IOC.</i> | <i>Avoir recours à des protocoles de communications efficaces (encourager le partage d'informations entre les acteurs).</i> |

Annexe 7

Modèle de partenariat proposé

