

Évaluation du processus de mise en œuvre du programme « Bébés en santé, enfants en santé »

Sommaire



Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des intervenants en santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies transmissibles et infectieuses
- prévention et contrôle des infections
- santé environnementale et santé au travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour en savoir davantage, consultez www.santepubliqueontario.ca.

Modèle proposé pour citer le document:

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Évaluation du processus de mise en œuvre du programme « Bébé en santé, enfant en santé » : Sommaire. Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014.

ISBN : 978-1-4606-4953-4

Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

Évaluation du processus de mise en œuvre du programme « Bébés en santé, enfants en santé »

Sommaire

Auteurs

Adrienne Alayli-Goebbels, M.Sc., Ph.D.
Spécialiste en évaluation, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes (PSPMCT)

Helen Cerigo, M.Sc.
Épidémiologiste, PSPMCT

Eunice Chong, M.H.P.
Spécialiste en évaluation, PSPMCT

Heather Manson, M.D., FRCPC, M.Sc.S.
Responsable du projet et directrice générale, PSPMCT

Anne Philipneri, M.H.P., P.D.(c)
Responsable des questions épidémiologiques, PSPMCT

Sarah Muir, M.H.P.
Coordonnatrice de la recherche, PSPMCT

Lori Webel-Edgar, IA, M.S.I., ICSC(c)
Spécialiste principale en programmes, PSPMCT

Remerciements

Révisseurs de SPO

Laura Rosella, Ph.D.

Scientifique, sciences de la santé publique

Vivek Goel, M.D., C.M., M.Sc., S.M., FRCPC

Président-directeur général, SPO

Remerciements spéciaux

Aaron Furfaro

Conseiller en communication, Communications

Steven Janovsky

Graphiste, Communications

Carly Heung, M.H.P.

Coordonnatrice de la recherche, PSPMCT

Jennifer Robertson, Ph.D.

Évaluatrice principale, PSPMCT

Erin Berenbaum, M.Sc.

Adjoint de recherche, PSPMCT

Chi Yon Seo, MSc

Adjointe de recherche, PSPMCT

Natalie Bocking, M.D.

Résidente, santé publique et médecine préventive, Université de Toronto

Anna Vanderlaan, M.H.P. (c)

Étudiante stagiaire, PSPMCT

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été produit par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. SPO fonde ses travaux sur les meilleures données probantes disponibles actuellement.

SPO n'assume aucune responsabilité à la suite de l'utilisation de ce document par quiconque.

Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non-commerciales uniquement et à condition que Santé publique Ontario soit citée de façon appropriée. Aucun changement et/ou modification ne peuvent être apportés au document sans la permission écrite et explicite de Santé publique Ontario.

Table des matières

Introduction	8
Composantes du programme BSES.....	8
Dépistage	8
Rencontre d'évaluation approfondie (RÉA).....	9
Contact post-partum (CPP).....	9
Évaluation approfondie (ÉA).....	10
Visites à domicile mixtes (VDM) et plan de services pour la famille (PSF)	10
Résultats de la mise en œuvre.....	11
Portée	11
Fidélité	12
Retombées sur les objectifs de la modification du programme.....	13
Renforcer	13
Simplifier.....	14
Efficience.....	14
Efficacité	15
Facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre.....	16
Facteurs liés à l'innovation	16
Facteurs liés aux participantEs au programme.....	17
Facteurs liés aux fournisseurs.....	17
Facteurs liés à l'organisation	18
Facteurs liés au système	18
Facteurs liés à la facilitation	19
Résumé	20
Bibliographie	21

Liste des acronymes

BSES	« Bébé en santé, enfant en santé »
BSP	Bureau de santé publique
CPP	Contact post-partum
ÉA	Évaluation approfondie
IH	infirmière ou infirmier hygiéniste
IHLPD	Infirmière ou infirmier hygiéniste de liaison du processus de dépistage
MSEJ	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
NCAST	Nursing Child Assessment Satellite Training
OHIP	Assurance-santé de l'Ontario
PIPE	Partners in Parenting Education
PSF	Plan de services pour la famille
RÉA	Rencontre d'évaluation approfondie
SSIR-SISIE	Sous-système interne de rapports (SSIR) du SISIE
SISIE	Système d'information sur les services intégrés pour enfants
SFA	Sage-femme autorisée
SPO	Santé publique Ontario
VDM	Visites à domicile mixtes
VMF	Visiteuse ou visiteur en milieu familial

Introduction

Le programme « Bébés en santé, enfants en santé » (programme BSES) est un programme financé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) qui a été conçu pour aider les enfants ontariens à connaître un bon départ dans la vie et leur donner des occasions de réaliser leur potentiel. Ce programme volontaire est offert par l'entremise des 36 bureaux de santé publique (BSP) de l'Ontario, en partenariat avec les hôpitaux et d'autres partenaires communautaires. Le programme consiste en un dépistage universel prévoyant des évaluations et des interventions ciblées à l'intention des familles et des enfants, de la période prénatale jusqu'à leur transition vers l'école.¹

En 2012-2013, le MSEJ a apporté des améliorations visant à renforcer le programme BSES. Ces améliorations comprenaient un nouveau processus de dépistage du programme BSES, un service universel de prise de contact dans les 48 heures après l'accouchement, la mise en place d'un modèle d'infirmière ou d'infirmier hygiéniste de liaison du processus de dépistage (IHLPD) afin de collaborer avec les partenaires communautaires et la normalisation des études et de la formation afin d'utiliser des interventions fondées sur des données probantes au cours des visites à domicile.¹ Santé publique Ontario a été mandaté par le MSEJ d'entreprendre une évaluation du processus de mise en œuvre du programme BSES amélioré (évaluation de la phase III) au cours des six premiers mois de la mise en œuvre. Deux questions ont orienté cette évaluation : 1) Quels sont les résultats du processus de mise en œuvre sur les plans de la portée, de la fidélité et des retombées par rapport aux objectifs de la modification du programme? et 2) Quels facteurs (innovation, fournisseurs, participants au programme, organisation, système et facilitation) contribuent aux résultats de la mise en œuvre?

Les conclusions de ce rapport sont le fruit d'une analyse du sous-système interne de rapports du SISIE (SSIR-SISIE), d'un sondage auprès du personnel des bureaux de santé publique, de groupes de discussion composés de membres du personnel des BSP en fonction de leur rôle et de sondages d'évaluation de la formation. Les principaux résultats sont résumés ci-dessous.

Composantes du programme BSES

DÉPISTAGE

- Au cours des six premiers mois de la mise en œuvre, un dépistage a eu lieu auprès d'un total de 56 903 clientes de la période post-partum, de 6 623 clientes de la période prénatale et de 2 509 clientes de la période de la petite enfance.
- Parmi les clientes qui ont fait l'objet d'un dépistage durant la période post-partum, 46 % ont été jugées à risque, tandis que 60 % des clientes de la période prénatale et 92 % des clientes de la période de la petite enfance ont été jugées à risque.
- Les cinq facteurs de risque identifiés le plus souvent chez les clientes de la période post-partum sont les suivants : complications durant le travail ou l'accouchement (23 %); fausses couches ou décès du

bébé (20 %); consommation par la mère de plus de 100 cigarettes avant la naissance (15 %); antécédents de dépression, d'anxiété ou de maladie mentale chez les clientes ou partenaires (13 %); présence d'une maladie durant la grossesse ayant des répercussions sur le nouveau-né (11 %).

- Les clientes de la période de la petite enfance et celles de la période prénatale présentaient une prévalence plus élevée de facteurs de risque que les clientes de la période post-partum.

RENCONTRE D'ÉVALUATION APPROFONDIE (RÉA)

- À l'échelle de la province, 82 % des clientes de la période post-partum, 68 % des clientes de la période prénatale et 66 % des clientes de la période de la petite enfance qui présentaient un risque et qui n'ont pas refusé la rencontre ont connu une RÉA réussie.
- Les raisons de l'échec de la majorité des RÉA non réussies, touchant les clientes de toutes les catégories, n'ont pas été indiquées. Lorsqu'une raison était signalée, la plus fréquente était le refus d'autres services.
- Parmi les clientes de la période post-partum, 55 % des RÉA réussies ont eu lieu dans les 48 heures après l'accouchement (deux jours). Les raisons de la tenue de la RÉA dans les 48 heures n'étaient pas habituellement indiquées (dans 74 % des cas). Toutefois, dans 11 % des cas, les tentatives initiales de prise de contact par téléphone n'ont pas été fructueuses et dans 4 % des cas, le dépistage du programme BSES a eu lieu après la période de 48 heures ou celle-ci a pris fin durant la fin de semaine ou un jour férié.
- En moyenne les RÉA ont duré plus longtemps dans le cas des clientes de la période prénatale (15 jours en moyenne) et des clientes de la période de la petite enfance (7 jours en moyenne) que celles des clientes de la période post-partum (4 jours en moyenne).

CONTACT POST-PARTUM (CPP)

- La majorité (95 %) des clientes identifiées comme étant « non à risque » ont reçu un CPP. La moitié des CPP ont été réalisés par l'entremise d'une communication écrite.
- Dans la majorité des CPP non réussis, la raison de l'échec n'était pas indiquée. Lorsque la raison était mentionnée, la plus fréquente était l'incapacité de joindre le client.
- À l'échelle de la province, 59 % des CPP réussis ont eu lieu dans les 48 heures après l'accouchement.
- Parmi les CPP réussis, la majorité des clientes avaient reçu une brochure du programme BSES avant la prise de contact (64 %). Lors du CPP, des renseignements sur le programme BSES, les services du BSP et les services externes ont été communiqués à 73 %, 38 % et 30 % des clientes, respectivement.
- Le résultat des CPP s'est traduit par le départ de 66 % des clientes du programme BSES et le départ avec une orientation vers d'autres services de 16 % des clientes. Au total, 3 % (n=735) des clientes

qui ont reçu un CPP réussi se sont réinscrites au programme après un CPP. Le taux de réinscription était plus élevé chez les clientes qui ont fait l'objet d'un CPP par téléphone plutôt que par écrit. Toutefois, la majorité des clientes qui se sont réinscrites n'ont pas fait l'objet d'une évaluation approfondie (ÉA) (59 %) ou ont été identifiées comme étant non à risque ou à risque faible à l'aide d'une ÉA (26 %).

ÉVALUATION APPROFONDIE (ÉA)

- Parmi les clientes qui ont bénéficié d'une rencontre d'évaluation approfondie (RÉA), 74 % des clientes de la période prénatale, 71 % des clientes de la période post-partum et 91 % des clientes de la période de la petite enfance ont fait l'objet d'une ÉA.
- Les raisons les plus courantes de l'absence d'une ÉA, dans toutes les catégories, étaient que les services n'étaient plus nécessaires ou qu'il était impossible de communiquer avec le client.
- Au cours de l'ÉA, seulement 31 % des clientes de la période post-partum ont reçu une cote de risque élevé, tandis que 41 % ont reçu une cote de risque faible. Par contre, la majorité des clientes de la période prénatale (77 %) et des clientes de la période de la petite enfance (81 %) ont reçu une cote de risque élevé et seulement 8 % des clientes de ces deux catégories ont reçu une cote de risque faible. La cote de risque modéré a été peu utilisée, se situant en moyenne à 10 % ou moins dans toutes les catégories.
- Parmi les clientes de la période post-partum et de la période prénatale, les préoccupations exprimées le plus souvent étaient l'éducation prénatale, la capacité de composer avec le stress, les études ou la formation et l'emploi, la présence de soutien social et la stabilité financière. Parmi les clientes de la période prénatale, les principales préoccupations étaient l'éducation prénatale, la capacité de composer avec le stress, la motivation et la responsabilité, la présence de soutien social et la stabilité financière.

VISITES À DOMICILE MIXTES (VDM) ET PLAN DE SERVICES POUR LA FAMILLE (PSF)

- La majorité des clientes de la période post-partum (75 %; n=2 191), des clientes de la période prénatale (81 %; n=851) et des clientes de la période de la petite enfance (83 %; n=745) ont été orientés vers des VDM.
- Les clientes à risque élevé de la période post-partum qui ont fait l'objet d'une orientation vers une VDM avaient une prévalence beaucoup plus élevée de besoins en matière de soutien aux nouveaux arrivants, d'absence de numéro d'assurance-santé et de non-participation du conjoint.
- Les plans de services pour la famille (PSF) étaient habituellement mis en œuvre auprès des clientes orientées vers une VDM. Dans les trois catégories, les plans énonçaient environ trois objectifs par clientes et ceux-ci mettaient surtout l'accent sur la croissance et le développement de l'enfant, des relations parent-enfant saines et les compétences parentales positives.

Résultats de la mise en œuvre

PORTÉE

La portée du programme BSES mesure la répartition et les caractéristiques des personnes qui bénéficient du programme BSES et décrit les différences des caractéristiques entre les personnes qui reçoivent des services du programme et celles qui n'en reçoivent pas.

Dépistage du programme BSES

- Dans l'ensemble, il est nécessaire d'apporter des améliorations au dépistage du programme BSES dans les trois catégories afin que les cibles actuelles des services du programme BSES soient atteintes (100 % des naissances dans la province pour les clientes de la période post-partum, 25 % des naissances dans la province pour les clientes de la période prénatale et de 20 à 35 % des enfants âgés de six semaines à 70 mois dans la catégorie de la période de la petite enfance).²
- Selon les données préliminaires sur les naissances vivantes de 2013, le dépistage du programme BSES a touché environ 81 % (n=56 903) des familles lors de la période post-partum et 9 % (n=6 623) des familles lors de la période prénatale. En tenant compte des projections démographiques, moins de 1 % des clientes potentielles de la période de la petite enfance ont été touchés.
- Les résultats du sondage réalisé auprès du personnel des bureaux de santé publique et les participants aux groupes de discussions ont révélé divers défis relatifs au consentement et au processus d'obtention du consentement du dépistage du programme BSES susceptibles d'avoir des répercussions sur la portée du dépistage dans toutes les catégories. Les groupes qui sont plus difficiles à atteindre comprennent les nouveaux immigrants, les familles qui font face à des obstacles linguistiques et les familles dont le statut socioéconomique est faible.

Portée du programme aux différentes étapes du programme BSES

- La portée globale du programme a connu un recul à la suite des pertes cumulatives découlant des refus, de l'incapacité à communiquer avec les clientes et des prises de contact infructueuses à chaque étape du programme. Par exemple :
 - environ les deux-tiers des clientes de la période post-partum et de la période prénatale et la moitié des clientes de la période de la petite enfance identifiées comme étant à risque n'ont pas bénéficié d'une ÉA, alors que la moitié des pertes sont attribuables au refus des clientes;
 - neuf pour cent des clientes de la période post-partum, 22 % des clientes de la période prénatale et 33 % des clientes de la période de la petite enfance identifiées comme étant à risque ont été orientées vers une VDM.
- L'évaluation approfondie est la composante du programme qui a connu le recul le plus important. À l'échelle de la province, 34 % des clientes de la période post-partum, 23 % des clientes de la

période prénatale et 12 % des clientes de la période de la petite enfance qui ont bénéficié d'une RÉA, ont refusé d'autres services à l'étape de l'ÉA. Les taux de recul étaient beaucoup plus bas en ce qui concerne la RÉA et le PSF (moins de 10 % dans toutes les catégories). Selon le personnel des bureaux de santé publique, la raison la plus courante invoquée par les clientes pour justifier leur refus était l'impression que les familles n'avaient pas besoin des services du programme BSES.

- Les clientes ayant une prévalence plus élevée de facteurs de risque liés à la grossesse, au travail et à l'accouchement étaient le plus souvent perdues lors du suivi durant leur progression à chaque étape du programme. Les facteurs de risque étaient plus prévalents chez les clientes qui refusaient l'évaluation approfondie et celles qui quittaient le programme à la suite d'une RÉA en donnant la raison que les services étaient terminés.

FIDÉLITÉ

Cette évaluation mesure la fidélité au programme principalement en évaluant la conformité aux exigences du programme BSES. Des écarts par rapport à la documentation du programme BSES ont été identifiés concernant toutes les composantes du programme. Des exemples sont décrits ci-dessous.

- Dans l'ensemble, 66 % des dépistages ont été achevés (des réponses à toutes les questions ont été obtenues). Dans le cas des dépistages auprès des clientes de la période post-partum, les questions ayant obtenu le taux le plus élevé de non-réponse sont celles qui se rapportaient au rôle de parents et aux facteurs sociaux. Dans le cas des dépistages auprès des clientes de la période de la petite enfance, le taux le plus élevé de non-réponse touchait les questions relatives à la grossesse.
- Dans le cas des CPP et des RÉA, un peu plus de la moitié des prises de contact réussies dans les 48 heures après l'accouchement ont effectivement eu lieu dans les 48 heures (ou deux jours civils). Les clientes qui ont bénéficié d'une RÉA dans les 48 heures ont connu un taux de réussite plus élevé de l'évaluation approfondie.
- Le recours à des méthodes de communication unidirectionnelle afin de réaliser les RÉA a été mentionné dans le cas de 8 % des clientes de la période post-partum, de 11 % des clientes de la période prénatale et de 5 % des clientes de la période de la petite enfance.
- Plus du quart des clientes de la période prénatale et de la période post-partum identifiées comme étant à risque qui n'ont pas refusé les services n'ont pas fait l'objet d'une ÉA. De nombreuses clientes identifiées comme étant à risque et qui ont fait l'objet d'un dépistage ont été désinscrites du programme parce que les services n'étaient plus nécessaires.
- La majorité des familles qui ont été orientées vers les VDM et qui ont reçu un PSF avaient reçu une cote de risque élevé ou modéré lors de l'ÉA. Un petit nombre de familles ne présentant aucun risque ou ayant reçu une cote de risque faible ont été orientées vers les VDM et ont reçu un PSF.

Uniformisation, variabilité et adaptation locale

- Les membres du personnel du programme BSES ont indiqué qu'ils étaient conscients que l'uniformité du programme était l'un des motifs de la mise en œuvre des améliorations au programme BSES. Toutefois, ils ont indiqué qu'ils étaient conscients des incohérences du programme. La moitié des gestionnaires et des infirmières et infirmiers hygiénistes du programme BSES se sont dits d'accord ou fortement en accord avec le fait que le programme BSES amélioré contribuait à une plus grande uniformisation des services partout en Ontario.
- Une analyse du SSIR a révélé des variations importantes de chaque composante du programme, selon les BSP. Par exemple, la prise de contact dans les 48 heures aux fins de la RÉA variait selon les BSP (période post-partum : 9 à 89 %) et les groupes de pairs (période post-partum : 9 à 77 %).
- La plupart des membres du personnel des BSP ont réussi à mettre en œuvre le programme BSES comme prévu. Près de la moitié des gestionnaires et des infirmières et infirmiers hygiénistes du programme BSES ont indiqué qu'ils avaient l'impression que le programme BSES amélioré pouvait être facilement adapté afin de répondre aux besoins locaux.
- À l'échelle de la province, 125 adaptations locales ont été signalées concernant divers aspects de la prestation du programme. Les adaptations locales concernant la prise de contact dans les 48 heures après l'accouchement à l'intention des clientes avec et sans risque ont été le plus souvent signalées.

Retombées sur les objectifs de la modification du programme

Les retombées sur les objectifs de la modification du programme (qui sont énoncés dans le document *HBHC Communication and Implementation Toolkit*)³ ont été évaluées en fonction du processus de mise en œuvre. Les données du programme BSES contenues dans le SSIR et les commentaires du personnel du programme BSES ont permis de comprendre la nature des possibilités d'amélioration afin d'assurer la réalisation de ces objectifs à long terme.

RENFORCER

« Renforcer le programme grâce à la sensibilisation et à la formation afin d'appuyer les visites à domicile mixtes. »³ [Traduction]

- Les résultats du sondage réalisé auprès du personnel des bureaux de santé publique et les commentaires des participants aux groupes de discussion recueillis au cours des six premiers mois indiquaient une certaine ambivalence à l'égard de l'utilité de la formation donnée dans le cadre des programmes NCAST et PIPE par rapport à l'amélioration des interactions des IH et des VMF avec les clientes lors des visites à domicile mixtes.
- Jusqu'à maintenant, la principale limitation de la formation donnée par les programmes NCAST et PIPE semble être des incohérences relatives à l'accès à la formation. Le personnel a souligné

l'importance de la formation universelle afin d'appliquer de façon cohérente les programmes NCAST et PIPE à l'échelle de la province et dans les bureaux de santé publique.

SIMPLIFIER

« *Simplifier le processus de dépistage en éliminant la nécessité d'avoir de multiples contacts avant la prestation du service et aider les familles à avoir accès plus rapidement à des services ciblés.* »³ [Traduction]

- Quarante-cinq pour cent des membres du personnel du programme BSES au sein des bureaux de santé publique qui ont répondu au sondage ont indiqué que le dépistage du programme BSES a permis d'éliminer les contacts multiples avant la prestation du service. Différents modèles de dépistage utilisés par les bureaux de santé publique comportent des avantages et des défis qui peuvent avoir contribué à la simplification du processus de dépistage.
- Seule une petite proportion de clientes de la période post-partum (2 %) a fait l'objet d'un double dépistage, ce qui suggère que les multiples contacts ne se produisent pas lors de dépistage en double.
- La durée moyenne de la période allant du dépistage du programme BSES jusqu'à l'achèvement de l'évaluation approfondie était de 28 jours pour les clientes de la période prénatale, de 12 jours pour les clientes de la période post-partum et de 17 jours pour les clientes de la période de la petite enfance. Les différences concernant le temps nécessaire pour achever l'évaluation approfondie (ÉA), dans toutes les catégories, peuvent avoir des répercussions sur l'accès des familles aux services dont elles ont besoin.
- L'analyse de la base de données du SSIR a révélé que les PSF ont généralement commencé à la même date que l'ÉA pour clientes des trois catégories. Cela indique que les fournisseurs sont en mesure de simplifier les services pour les clientes à risque une fois que l'ÉA est terminée.

EFFICIENCE

« *Améliorer l'efficacité du programme en mettant en œuvre un processus de dépistage commun du programme BSES pour les trois catégories : période prénatale, période post-partum et période de la petite enfance.* »³ [Traduction]

- La moitié des membres du personnel du programme BSES au sein des bureaux de santé publique qui ont répondu au sondage ont indiqué que le fait d'avoir un seul processus de dépistage du programme BSES pour les trois catégories rendait le programme plus efficace.
- Un des avantages signalés est que l'utilisation d'un seul processus de dépistage du programme BSES pour les trois catégories a simplifié le processus de saisie des données dans le SISIE.
- Les problèmes signalés qui sont liés à l'utilisation d'un seul processus de dépistage du programme BSES pour les trois catégories sont les suivants : 1) ce ne sont pas toutes les questions qui sont pertinentes pour les clientes des trois catégories; et 2) certains partenaires communautaires

utilisent un seul processus de dépistage du programme BSES pour les clientes des trois catégories, ce qui crée de la confusion et du travail supplémentaire pour le personnel du programme.

EFFICACITÉ

« Améliorer l'efficacité du programme en fournissant des outils validés permettant d'appuyer l'identification des familles vulnérables et la prestation de services à leur intention. »³ [Traduction]

- Pour déterminer l'efficacité du programme BSES, il faudrait ultimement réaliser une évaluation des résultats obtenus par les clientes, mais l'identification, la prise de contact et la confirmation des clientes à risque sont des étapes qui favorisent l'efficacité du programme.
- Depuis la mise en œuvre du dépistage du programme BSES, la proportion de clientes de la période post-partum identifiées comme étant à risque a augmenté dans une proportion semblable à celle observée lors de l'étude de phase I (46 % contre 42,8 %). Toutefois, le taux de clientes dont le risque élevé ou modéré a été confirmé était plus faible au cours des six premiers mois de la mise en œuvre par rapport à l'étude de phase I (41 % contre 66,4 %). Près de la moitié des clientes à risque de la période post-partum font l'objet d'un dépistage. Toutefois, les deux tiers ne bénéficient pas d'une évaluation approfondie (ÉA) et, pour celles qui bénéficient d'une ÉA, seulement 41 % reçoivent une confirmation qu'elles présentent un risque élevé ou modéré.
- La différence des taux de confirmation du risque entre les évaluations de la phase I et de phase III est peut-être due à des différences dans la population dépistée entre le moment du projet pilote et celui de la mise en œuvre à grande échelle, à des pertes différentielles concernant le suivi, la présence de clientes dont la cote d'ÉA est inconnue et d'autres facteurs.
- Depuis la mise en œuvre du dépistage du programme BSES, les participants aux groupes de discussion ont remarqué une augmentation du nombre de clientes de la période post-partum identifiées comme étant à risque. Dans certains cas, cela a entraîné une charge de travail supplémentaire et la mise en place d'adaptations locales.
- Les membres du personnel ont exprimé des avis partagés au sujet du degré auquel le dépistage du programme BSES est plus efficace que les outils de dépistage antérieurs en matière d'identification du risque et de la capacité à bien faire la distinction entre les personnes qui ont besoin des services du programme BSES et celles qui n'en ont pas besoin.
- Les clientes dont le dépistage a permis d'identifier un risque et qui ont été orientées vers une VDM ou un PSF avaient, en moyenne, un pointage de dépistage plus élevé et une plus grande prévalence de facteurs de risque liés au statut socioéconomique et aux compétences parentales par rapport aux clientes dont le dépistage a permis d'identifier un risque et qui n'ont pas été orientées vers une VDM ou un PSF. Cela indique qu'un plus grand nombre de clientes vulnérables (c.-à-d. celles dont le pointage indique un risque plus élevé) voient leur risque confirmé par l'ÉA et reçoivent des services.

- De futures évaluations de l'efficacité du dépistage du programme BSES à l'échelle provinciale sont essentielles. Le soutien et la formation continus du personnel afin d'assurer l'achèvement du dépistage et l'attribution d'une cote à la suite des ÉA seront également importants.

Facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre

Les conclusions découlant des diverses méthodes d'évaluation donnent un aperçu des facteurs contributifs qui ont de retombées sur les résultats de la mise en œuvre. La présente section énumère les principales conclusions touchant chacun des facteurs des différents volets qui facilitent ou entravent la mise en œuvre.

FACTEURS LIÉS À L'INNOVATION

Dépistage du programme BSES

- Les membres du personnel étaient divisés au sujet de leur perception de l'utilité de la façon dont le dépistage du programme BSES est organisé (40 % étaient d'accord et 40 % ne l'étaient pas) et 84 % d'entre eux ont estimé que le dépistage du programme BSES exige plus de temps que les outils antérieurs. Les groupes de discussions ont appuyé les conclusions du sondage auprès du personnel des bureaux de santé publique et ils ont donné des exemples de défis en ce qui concerne la durée, le contenu et la forme du dépistage du programme BSES ainsi que la nature du consentement.
- Le personnel a indiqué que ces défis pourraient entraîner une résistance de la part de certains partenaires communautaires à utiliser ou à achever le dépistage du programme BSES. Plus de temps et d'efforts pourraient être nécessaires de la part du personnel du programme BSES afin de faire un suivi auprès des partenaires communautaires, ce qui peut entraîner des retards à communiquer avec les clientes aux fins d'un CPP ou d'une RÉA.
- La forme et le libellé du consentement relatif au dépistage du programme BSES ont peut-être créé une confusion au sujet du processus de consentement des clientes. Certains participants aux groupes de discussion croyaient que cela avait entraîné une hausse des taux de refus du programme.

Modèles de dépistage du programme BSES

- Les différents processus de dépistage utilisés par les bureaux de santé publique comportent des avantages et des défis en matière de simplification de la mise en œuvre. Par exemple :
- Les infirmières et infirmiers hygiénistes chargés du dépistage du programme BSES auprès des clientes ont la possibilité de fournir aux clientes de l'information sur la santé et d'effectuer un triage des clients en fonction de l'interaction au moment du dépistage.
- Les bureaux de santé publique pourraient exiger des démarches administratives supplémentaires afin de recueillir des renseignements sur les clientes lorsque les partenaires communautaires effectuent le dépistage du programme BSES auprès des clientes.

- Les défis liés à la communication de l'information concernant le dépistage du programme BSES entre les hôpitaux et les bureaux de santé publique durant les fins de semaine et les jours fériés ont été décrits comme un obstacle à la communication avec les clientes aux fins d'un CPP ou d'une RÉA dans le délai de 48 heures.

Base de données du SISIE et rapports du SSIR

- Plus de 60 % des membres du personnel qui utilisent la base de données du SISIE ont indiqué dans le sondage réalisé auprès des bureaux de santé publique qu'elle est facile à utiliser et qu'elle permet de consigner correctement les renseignements des clientes. Toutefois, les groupes de discussion ont signalé un certain nombre de défis (p. ex., le manque de convivialité).
- Les défis concernant la base de données du SISIE peuvent contribuer à accroître le travail lié à la saisie de données. Dans certains cas, les bureaux de santé publique ont apporté des modifications aux pratiques de saisie de données afin de résoudre les problèmes liés à la charge de travail.

FACTEURS LIÉS AUX PARTICIPANTES AU PROGRAMME

- L'existence de profils de risque différents entre les bureaux de santé publique et les groupes de pairs peut influencer sur le pourcentage et le nombre de clientes identifiées comme étant à risque. Cela peut aussi avoir des retombées sur la charge de travail du personnel et entraîner des adaptations locales.

FACTEURS LIÉS AUX FOURNISSEURS

Main-d'œuvre du programme BSES

- Le personnel du programme BSES constitue une main-d'œuvre hautement expérimentée et dévouée qui fournit les services du programme BSES aux clientes qui en ont besoin en ayant recours à une approche centrée sur les clientes. Plusieurs membres du personnel ont indiqué qu'ils aiment les nouveaux défis que présente leur travail (85 %) et qu'ils n'ont aucun problème à changer leurs vieilles habitudes (76 %).
- La majorité des membres du personnel ont indiqué qu'ils ressentaient de la confiance afin d'exécuter des tâches spécifiques du programme BSES (p. ex., le dépistage). Les membres du personnel ont indiqué le plus bas niveau d'accord en ce qui concerne leur confiance à l'égard de la mobilisation des partenaires communautaires aux fins de la prestation du programme (72 %).

Charge de travail

- Les résultats des sondages d'évaluation de la formation ont révélé que la charge de travail supplémentaire et les délais serrés pour préparer la mise en œuvre ont présenté des défis afin que les champions du changement puissent accomplir leurs tâches. Ces défis peuvent avoir diminué ou disparu au fil du temps.

- Les deux tiers des membres du personnel du programme qui ont participé au sondage auprès du personnel des bureaux de santé publique ont indiqué qu'ils avaient des problèmes continus concernant la charge de travail liée au dépistage, à l'évaluation approfondie et à la saisie des données. Les raisons perçues de la charge de travail accrue comprennent le grand nombre de clientes identifiées comme étant à risque dans le cadre du nouveau processus de dépistage du programme BSES.
- Certains BSP ont signalé des adaptations locales afin de faire face au surcroît de travail (p. ex., mise en œuvre de processus de triage ou de listes d'attente), qui pourraient nuire à l'efficacité du dépistage du programme BSES et à la simplification du processus de dépistage.

Visiteuse ou visiteur en milieu familial (VMF)

- Parmi les fournisseurs du programme BSES, les VMF ont exprimé un point de vue particulier concernant leur participation au programme BSES amélioré.
- Certains VMF se sentaient à l'écart de l'équipe de leur bureau de santé publique (p. ex., ne pas être invités à participer aux réunions régulières de l'équipe). Ce sont les VMF qui montrent le plus faible pourcentage par rapport aux autres intervenants en ce qui concerne la formation reçue avant la mise en œuvre et la possibilité d'accéder aux documents du programme BSES ou de les lire attentivement.
- Ces défis peuvent avoir entraîné un manque de compréhension par les VMF de l'ensemble du programme BSES amélioré et un manque de clarté de leur rôle au sein du programme.
- Les modifications apportées au rôle des infirmières et infirmiers hygiénistes dans le cadre des visites à domicile mixtes ont créé de la confusion à l'égard des responsabilités des VMF et suscité une certaine inquiétude par rapport à la sécurité d'emploi.

FACTEURS LIÉS À L'ORGANISATION

- Les membres du personnel des bureaux de santé publique ont signalé l'existence d'une culture organisationnelle positive et d'une solide direction au sein de leur BSP, ce qui pourrait avoir facilité la mise en œuvre du programme BSES amélioré.

FACTEURS LIÉS AU SYSTÈME

Infirmière ou infirmier hygiéniste de liaison du processus de dépistage

- Le personnel estime que le nouveau financement consacré à la fonction d'infirmière ou d'infirmier hygiéniste de liaison du processus de dépistage (IHLPD) facilite la mise en œuvre. Le financement donne l'occasion d'établir de nouveaux liens, de renforcer les partenariats existants, de relancer des partenariats avec des partenaires communautaires et d'accroître la sensibilisation à l'égard du programme BSES dans leurs communautés.

Collaboration avec les partenaires communautaires et intégration des services

- Les infirmières et infirmiers hygiénistes (IH) ont également signalé des difficultés à établir des partenariats avec des partenaires communautaires. Ces difficultés comprenaient la résistance des partenaires communautaires à utiliser le processus de dépistage du programme BSES et à orienter des clientes vers le programme BSES.
- Ces défis peuvent être dus à un manque de compréhension du programme BSES par les partenaires communautaires et le manque d'expérience des IH en matière de collaboration avec des partenaires externes.
- Les gestionnaires et les IH ont indiqué que peu de partenaires communautaires étaient assez confiants pour expliquer le programme BSES amélioré aux familles et capables d'effectuer un dépistage adéquat à l'aide du processus de dépistage du programme BSES.
- Le personnel du programme BSES a indiqué que les sages-femmes autorisées (SFA) constituaient un groupe de partenaires communautaires qui a de la difficulté à établir des relations afin de promouvoir le dépistage et les services du programme BSES. Cela peut être dû au chevauchement possible des services entre les IH du programme BSES et les SFA durant les périodes prénatale et post-partum.
- Les obstacles à l'établissement de relations de travail positives à l'échelon local pourraient également être liés à des problèmes systémiques. Les participants aux groupes de discussion étaient d'avis qu'une meilleure intégration du programme BSES à l'échelle du système (p. ex., une meilleure harmonisation entre les ministères) pourrait aider à fournir des services aux familles qui participent au programme BSES d'une manière plus efficace et efficiente.

Financement général du programme BSES

- Le financement insuffisant a été cité comme un problème permanent qui entrave la mise en œuvre du programme BSES amélioré.
- Tout en reconnaissant la réalité des restrictions budgétaires, les administrateurs, les gestionnaires et le personnel de première ligne du programme BSES ont tous convenu qu'un financement accru pourrait entraîner de meilleurs services pour les clientes.
- D'autres discussions sur la réaffectation des ressources sont nécessaires afin de répondre aux attentes du MSEJ en matière de prestation des services.

FACTEURS LIÉS À LA FACILITATION

- Le MSEJ a prévu une approche globale comportant de multiples volets afin de faciliter la mise en œuvre des améliorations au programme (p. ex., documents d'information imprimés, formation de champions du changement, téléconférences bimensuelles).

- Malgré les défis liés à la mise en œuvre qui ont été signalés par le personnel du programme BSES (p. ex., délais serrés, formation précipitée, préparation de la formation qui exige trop de temps), cette approche à volets multiples a été généralement jugée utile pour faciliter la mise en œuvre du programme BSES amélioré.
- Les membres du personnel ont souligné l'importance d'avoir des occasions continues de perfectionnement professionnel afin d'assurer plus efficacement la prestation du programme BSES.

Résumé

Les résultats de cette première évaluation des six premiers mois du processus de mise en œuvre indiquent que le programme BSES amélioré est en bonne voie dans tous les bureaux de santé publique (BSP) de l'Ontario. Toutefois, il existe toujours une certaine variabilité dans les processus de mise en œuvre ainsi qu'à l'égard de la portée et de la fidélité des catégories, des groupes de pairs et des BSP. Les facteurs qui ont aidé à la mise en œuvre comprennent le rôle du MSEJ visant à faciliter le processus de gestion du changement et le soutien financier relatif au rôle des IHLPD. Les principaux facteurs qui soutiennent le processus continu de mise en œuvre comprennent le personnel très engagé et expérimenté du programme BSES, le travail des IHLPD visant à mobiliser les partenaires communautaires, une direction positive et des facteurs organisationnels.

Des défis liés à la mise en œuvre ont été constatés sur les plans de l'innovation et des fournisseurs, en particulier en ce qui concerne le dépistage du programme BSES, la nécessité d'améliorer la portée du dépistage, le nombre élevé de clientes dont le dépistage révèle qu'elles présentent un risque et qui ne bénéficient pas d'une ÉA, de VDM et d'un PSF, et les problèmes liés au SSIR-SISIE. Les défis qui concernent les participantes, le système et la facilitation se rapportent aux variations des profils de risque à l'échelle de la province et à la mise en œuvre dans les 36 bureaux de santé publique. Au niveau des BSP, les défis liés à la mise en œuvre se rapportent à la charge de travail du personnel, à l'utilisation incohérente des programmes NCAST et PIPE, et aux efforts de collaboration nécessaires afin de mobiliser les partenaires communautaires. Cette évaluation des six premiers mois du processus de mise en œuvre est la première étape visant à comprendre la mise en œuvre du programme BSES amélioré. Elle donne l'occasion au MSEJ et aux BSP de réfléchir aux résultats et d'adopter des mesures visant à renforcer la mise en œuvre du programme et à améliorer les résultats.

Bibliographie

1. Ontario. Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Division des politiques stratégiques, Direction du développement des enfants et des jeunes. Document d'orientation sur le programme Bébés en santé, enfants en santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012.
2. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Protocole « Bébés en santé, enfants en santé, 2012. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/hbhcf.pdf
3. Ontario. Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Healthy Babies Healthy Children 2013: Communication and implementation toolkit. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013. (Disponible en anglais seulement)

Santé publique Ontario
480, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario)
M5G 1V2

647 260-7100
communications@oahpp.ca
www.publichealthontario.ca

